

解釈的現象学的分析からみた中規模病院に就業する キャリア中期にある看護師のストーリーとしてのキャリア

著者	大井 千鶴
学位名	博士（看護学）
学位授与機関	武蔵野大学
学位授与年度	2017年度
学位授与番号	32680甲第44号
URL	http://id.nii.ac.jp/1419/00000833/

平成 29 年度武蔵野大学大学院看護学研究科
研究論文（博士論文）

解釈的現象学的分析からみた中規模病院に就業する
キャリア中期にある看護師のストーリーとしてのキャリア

Career Story of Mid-Career Nurses in Medium-Sized Hospital :
An Interpretative Phenomenological Analysis

学籍番号：1380005

氏 名：大井千鶴

指導教員：香春知永教授

学位論文要旨

博士論文	指導教員 香春 知永教授
専攻 (看護教育学)	学籍番号 1380005 氏名 大井 千鶴
論文題目	解釈的現象学的分析からみた中規模病院に就業する キャリア中期にある看護師のストーリーとしてのキャリア
要 旨	
<p>本研究の目的は、わが国において最も多くの看護師が就業する場である地域の中規模病院に勤務し、就業を継続するキャリア中期にある看護師に共通するストーリーとしてのキャリアを解釈的現象学的分析により明らかにし、キャリア中期にある看護師のキャリアとは何かを理解することである。</p> <p>研究デザインは、現象学、解釈学、個性記述学の観点から成り立つ Smith の解釈的現象学的分析を方法論とする質的記述的研究とした。研究参加者の条件は、200 床以上の総合病院で就業を継続し、12 年から 19 年の臨床経験を持ち、認定看護師、専門看護師等の資格を持たず役職にも就いていない看護師 8 名であった。参加者には、協力の得られた病院の看護管理者を通して協力依頼し、承諾を得た。調査は武蔵野大学看護学部研究倫理委員会の承認を得て開始し、調査期間は 2015 年 7 月から 2017 年 1 月であった。予備調査として 1 名の参加者に半構成的面接を 2 回実施し、インタビューガイドの修正は不要だが、2 回目の面接の際、相違のない解釈であることを共有するために、第 4 段階の分析結果を参加者に紙面で渡す必要性を確認した。本調査の第 1 段階は参加者 1 名のデータ収集と分析を徹底して行い、その後、第 2 段階で参加者 5 名の調査を進めた。第 3 段階では地域の異なる 2 名の参加者の調査をした。全ての参加者に対して、1 回目の面接の約 1 ヶ月から 2 ヶ月後、2 回目の面接を行い、面接内容の解釈を紙面上で確認すると共に追加のデータを収集した。分析方法は解釈的現象学的分析を適用し、研究会等の第 3 者によるメンバーチェックの機会を設け信憑性を確保した。</p> <p>結果として、参加者の勤務地は 6 名が都市部、2 名が遠隔地、性別は女性 7 名、男性 1 名であった。全員が 2 回の面接によって語り尽くした状況となり、1 回あたりの面接平均時間は 103 分、1 回あたりのトランスクリプトの平均文字数は 17,662 文字であった。第 1 段階から第 6 段階の分析を通して、キャリア中期の看護師に共通するキャリアを表す 6 つの Master テーマと 13 の Super-ordinate テーマが浮上した。Master テーマは【1. 看護専門職者となった自分の患者に対する責務に気づく】【2. 職業としての自分なりの価値を感じられるからこそ看護師を続ける】【3. 自分なりの看護実践がつくりあげられていく】【4. 自分の経験から看護師として実践していく場を自分に問われてくる】【5. 試行錯誤しながら遂行したチーム内の役割を自分でも認められるようになる】【6. ライフイベントで変化している私生活と職業生活を自分らしくコントロールする】であった。これらの Master テーマが表す節目に着目した考察を通して、中規模病院に就業するキャリア中期にある看護師のキャリアの特徴として、看護実践を専門とする職業人になること、組織内での自己を承認できること、ライフイベントを契機に発生した役割への責任を担うことが導かれ、看護実践における専門性を極めていくキャリアのみならず、自分なりの看護実践上の課題を発展してくキャリアがあった。また、各々の節目に現れた「自分」のあり様について、13 の Super-ordinate テーマに着目した考察から、気づきが浮かび上がってくる「自分」、ケアの対象者との「あいだ」という領域にある「自分」、すでに未来の臨床の場にある「自分」、時間の捻出を意思決定する「自分」が導かれ、これらは、解釈的現象学的分析を適用したことで見出されたキャリアにおける多様な「自分」であった。</p>	

目次

I. 序章

1. 研究の背景.....	1
2. 研究動機.....	2
3. 研究意義.....	4
4. 研究目的・目標.....	4
1) 研究目的.....	4
2) 研究目標.....	4

II. 文献検討

1. 心理学におけるキャリアの捉え方	5
1) ジョブ・マッチングとしてのキャリア	5
2) 発達ステージとしてのキャリア	6
3) ストーリーとしてのキャリア	7
2. 看護学におけるキャリア中期にある看護師の文献検討	9
1) キャリア中期にある看護師のキャリア・ディベロップメントの構造	10
2) キャリア中期にある看護師のキャリア・ディベロップメントの影響要因	10
3) キャリア・ディベロップメントの過程	11
4) 臨床看護師の職務に関するキャリアを測定する尺度開発、検証、有効性の検討	13
5) キャリア・ディベロップメントに向かうための支援とその効果	14

III. 用語の定義

1. キャリア (career)	17
2. キャリア中期にある看護師 (mid-career nurse)	17
3. 中規模病院 (medium-sized hospital)	17

IV. 研究方法論

1. 研究デザイン	17
2. 研究方法の理論的根拠	18
1) IPA の特性	18
2) IPA と現象学 (phenomenology) の関連	18

3) IPA と解釈学 (hermeneutic) の関連	19
4) IPA と個性記述学 (ideography) の関連.....	20
5) 本研究への IPA の適用	21
3. 研究参加者	21
1) 研究参加者の条件	21
2) 研究参加者数の決定	22
3) 研究参加者のリクルート方法.....	22
4. データ収集.....	23
1) データ収集の方法	23
2) インタビューガイドの作成	23
3) インタビューガイドの信頼性・妥当性.....	24
4) データ収集期間.....	24
5. 分析方法.....	24
1) 第1段階の分析 (Reading and re-reading) : 繰り返しの精読	24
2) 第2段階の分析 (Initial noting) : 最初のノート作成.....	25
3) 第3段階の分析 (Developing emergent themes)	
: 発展的に浮上してくるテーマ	26
4) 第4段階の分析 (Searching for connections across emergent themes)	
: 浮上したテーマ間結合の解明.....	27
5) 第5段階の分析 (Moving to the next case) : 次の事例に移る	28
6) 第6段階の分析 (Looking for patterns across case)	
: 事例横断的パターンの解明	28
6. 信憑性の確保	29
7. 倫理的配慮.....	30
1) 研究参加に対する自己決定の権利保障	30
2) 研究参加による不利益の排除.....	30
3) 研究参加者のプライバシー・匿名性の厳守	31

V. 研究結果

1. 本調査のデータ収集期間	32
2. 研究参加者の概要	32
3. インタビューの実施概要	32
4. Master テーマおよび Super-Ordinate テーマの概要	32
5. キャリア中期にある看護師のストーリーとしてのキャリアの記述	32
1) Master テーマ 1. 看護専門職者となった自分の患者に対する責務に気づく	33
1-1) 自分が患者に「このくらい」責任を持っていることに「目が覚めた」	
1-2) 「患者さんのために」医師と対等に看護師の「見方」で看護するんだ	
2) Master テーマ 2. 職業として自分なりの価値を感じられるからこそ看護師を 続ける	42
2-1) 患者や家族から生きようとする力を「実感」できるから頑張れる	
2-2) 患者への「思い」が強くなっている自分を感じられるからこそ興味深い	
3) Master テーマ 3. 自分なりの看護実践がつくりあげられていく	52
3-1) 患者や家族に対し「前はそこまで思わなかった」ような考え方で関われる	
3-2) 「どんな時でも自分のこのケア」ができるようになってくる	
4) Master テーマ 4. 自分の経験から看護師として実践していく場を自分に問われ てくる	73
4-1) 自分が決めた関心領域を追い続けるためにどうするのか	
4-2) 「自分の強み」をどのように生かすことができるのか	
4-3) 病院で看護実践者として継続していくために自分は何を選択すればよいのか	
5) Master テーマ 5. 試行錯誤しながら遂行したチーム内の役割を自分でも認められる ようになる	93
5-1) 自分から関わることでチームの「目標達成」過程への成果を感じられる	
5-2) 「自分の経験も」生かした後輩指導に納得がいく	
6) Master テーマ 6. ライフイベントで変化している私生活と職業生活を自分 らしくコントロールする	106
6-1) 自分の「タイプ」に合った時間の分け方をつくりあげる	
6-2) 今は「あえて」こちらの役割を優先する働き方に「決めた」	

VI. 考察

1. 中規模病院に就業するキャリア中期の看護師に共通する節目での意味づけ	116
1) 看護実践を専門とする職業人になる	116
2) 組織内での自己を承認できる	122
3) ライフイベントを契機に発生した役割への責任を担う	124
2. 節目で意味づけけられた「自分」の現れ方	125

1) 気づきが浮かび上がってくる「自分」	125
2) ケアの対象者との「あいだ」という領域にある「自分」	128
3) すでに未来の臨床の場にある「自分」	130
4) 時間の捻出を意思決定する「自分」	131
3. 臨床実践および看護学への示唆	133
VII. 結論	134
VIII. 本研究の限界と今後の課題	136
謝辞	136
引用文献	137

表目次

表 1	研究参加者の概要	144
表 2	インタビュー実施状況.....	145
表 3	キャリア中期にある看護師のストーリーとしてのキャリアの共通性.....	146

付録

資料 1	研究協力依頼書
資料 2	承諾書＜施設控え＞
資料 3	承諾書＜研究者控え＞
資料 4	研究協力をお願い
資料 5	同意説明文書
資料 6	インタビューガイド
資料 7	研究への参加についての同意書
資料 8	同意辞退書

I. 序章

1. 研究の背景

全国に就業する看護師は、73.8%が病院に勤務している。このうち、30 歳から 39 歳までの看護師が全体の 30.8%と最も多い割合を占める（厚生労働省,2013b）。この年代の看護師は、病院内で中核的な役割を期待され、それゆえに役割への負担も負い、就業を継続していく過程で看護実践、後輩指導の困難、自己の目標設定や達成困難といった職業上の問題に直面している（亀岡,舟島,2008）。また、一般的にこの時期は、人生においての過渡期であり、現実在即した満足すべき生活構造を築く土台をつくり上げ、過去を見直し将来を考えることを問うとされている（Levinson／南,1992）。病院看護師も 25 歳未満では病棟勤務者が 87.4%を占めるが、35 歳から 39 歳になると 53.7%に減少するという調査結果がある（厚生労働省, 2011）。このことは、就職後、約 10 年から 15 年を経ると、病棟勤務者と病棟以外の部署や病院以外の施設で勤務する者が、ほぼ同じ割合になることを表す。自分の意思に伴う異動や意に沿わない異動等、その背景には各人のさまざまな選択に伴う意思決定がある。このように、長期に渡り就業を続ける上で異動をはじめとする何らかの節目での選択は生じるが、何を選択するかは看護師として経験したことを意味づけられない限り意思決定が困難な状況に陥ると考える。これは、長期的な職業生活の節目での選択が生み出す個々人の意味づけ、すなわちキャリアの考え方（金井,2002）と合致する。

キャリアの概念を研究として取り組むようになったのは、1950 年代の欧米の組織心理学、カウンセリング心理学領域である。当時の社会は、個人の生涯にわたる行動やメンタルヘルスの向上と社会の変化を切り離して考えられない状況に直面していた。そのため、これらの学問は、「生涯発達」や「人と環境の相互作用」の視点を根底におきながらキャリア論を展開してきた経緯がある（渡辺,2011）。また、キャリア論は職業生活のあり方を理解するという学問でありながら、より良い職業生活を送るためにはどのようなことができるのかというカウンセリング的な要素と並行をしてきた背景もある（金井,鈴木, 2013a）。このような歩みを進めてきたキャリア研究は、当初、その組織で働く者として必要な能力を昇給や昇進、資格取得や職位の視点からみる客観的キャリア研究（Van Maanen ,1977 ; Hall ,1976 ; Van Maanen , Schein ,1977）が多くなされてきた。しかし、その後、経済的安定が不透明な社会情勢の中、最初に就業を開始した組織内で働き続けることが困難になった背景を受け、個人の職業生活上の体験や態度等、主観的な視点からみるストーリーとしてのキャリア研究に移行していった（Hughes,1984 ;岡田,2013）。わが国の心理学領

域でも 2000 年以降、個人の主観的な立場からキャリアを捉える研究に焦点を当ててきたが、研究者により概念や用語が異なり、現在心理学におけるキャリアの研究領域は拡張段階にある（岡田, 2013）。この様にキャリアの捉え方は、時代の変遷とともに移行している。

看護師のキャリアに関する研究は、海外では既に 1980 年代から取り組まれているが、慢性的な看護師不足に悩まされる中、各専門領域の人員確保と就業継続に向けて、いかに離職せず定着を図るかその原因の探求、卒業後の専門領域におけるキャリア・ディベロップメントといった観点の研究が中心に行われていた（Hall, Waddell, Donneran& Wheeler, 2004）。わが国でも、1990 年以降看護師のキャリア研究が盛んに行われるようになり（小海,津島, 2007）、欧米のようにキャリア・ディベロップメントに向けて看護職の職務に焦点を当てた尺度開発までされてきた（石井他, 2005）。近年、個人の体験に焦点を当てた研究が増えているものの、認定看護師や研修会参加者等の専門領域や課題意識が明確なキャリア中期にある看護師に焦点を当てていた（小笠原, 2007; 卯川, 細田, 星, 2010）。また、職務役割や職位に伴う能力を向上するための支援を報告する研究も多い（小山田, 2007; 加藤, 2013）。しかし、現代のキャリアは、自己の過去・現在・未来を通して個人の異なるストーリーを構築して歩む過程として捉えている。これを前提にすると、先行研究は、キャリア中期にある看護師の職業生活を量的にも質的にも取り組んでいたが、キャリア・ディベロップメントに向かうための研究に留まり、役職等、特別な役割を持たないキャリア中期にある看護師のストーリーとしてのキャリア研究は国内外には存在しなかった。また、わが国の看護師が職業生活を送る場は、病院の規模からみると、病床数が 200 床から 500 床未満の中規模病院が全病院の 42.4%を占め（厚生労働省, 2013b）、大規模病院や小規模病院と比較し最も多い割合を占める。これは、看護師の中でも中規模病院に勤務するキャリア中期にある看護師に焦点を当てたストーリーとしてのキャリアの研究が必要であるとともに、その成果は存在しないことを表す。

2. 研究動機

筆者は、就職活動を行う看護基礎教育課程の学生が、病院の設備や福利厚生、院内教育制度など、様々な理由により病院を選択している状況に遭遇し、多様な学生が多様な理由で職業生活の場を選ぶことに気づいた。自分とは異なる理由の学生にどの様に関わることが適切なキャリア教育となるのかを理解するために、修士論文で看護基礎教育課程の学生

がどのような理由で就職先となる病院を選択したのかを質的帰納的に明らかにした。修士論文作成後、その成果の活用をし、学生を理解することができた。しかし、就職後、看護師としてどの様に働きたいのかをイメージしている学生とイメージできない学生が存在することも明確になった。それは、看護基礎教育課程の学生は、看護の初学者として必要な学習を修得するものの、その学習は基盤的な内容であること、学生時代に体験できることには限界があるため、就職活動時の視野は限局的であり、修得の水準が学生個人々人によって大きく異なるためと考えた。また、病院附属の看護基礎教育機関は、同じ設置主体の病院に就職する傾向があるという看護学生特有の理由も存在する。このような状況の中、看護基礎教育機関の教員に求められていることを次のように理解した。臨地は看護の本質を理解できる場であるため、学生が臨地実習の体験を自分で意味づけられるよう、看護学教員が、日々質の高い実習指導を行っていくことがキャリア教育へ直線的につながると納得した。

一方、就職後の看護継続教育のキャリア教育をみると、その中核は院内教育にある。新人看護師の早期離職が問題となり、それを解決する研究成果や実践報告も多数みられ、キャリアに対する支援が整う傾向にある。しかし、近年のキャリア中期にある看護師の研究成果をみるとキャリア発達やキャリア開発という用語が散見され、違和感を覚えた。病院組織にキャリアを開発されることがキャリアであるのか、認定看護師や専門看護師の資格を取得することがキャリア発達であるのか、自身はいずれにも該当せず、該当したいという気持ちも起こらなかった。また、臨床看護師として役職に就いた経験もないため、役職を基準としたキャリア発達にも同意できなかった。そこで、個人がこれまでの職業生活の体験をどのように捉え、将来につなげてきたのかという視点からキャリアを捉えることが不可欠であると考えた。看護職は女性が多数を占めるという特徴を持つことから、職業生活開始後、施設を異動したり、退職に至ったりする者が少なくない。それは、自分自身の職業生活を振り返っても同様であった。

キャリアが個人々人によって異なるものであればある程、異動や退職の仕方は個々の職業生活では様々である。しかし、各々が自分自身の経験のみに基づいてキャリアを捉えることは危険である。個々異なるキャリアを歩みながらも看護師は専門職であるという視点に立ち、職業を継続しながら職業生活の質を高めていくことが前提として必要であり、このようにキャリアを捉えることが必要と考えた。

そこで、本研究では、一定期間職業を継続しているキャリア中期にある看護師のキャリアをストーリーとしての観点からその解明に取り組んだ。

3. 研究意義

本研究において、中規模病院に勤務するキャリア中期にある看護師のストーリーとしてのキャリアを明らかにすることは、看護師個々の職業生活に生じる節目には異なる現象が生じ、多様な選択の意味づけがあることを明確にできる。一方、それら個別のキャリアから、中規模病院に勤務するキャリア中期の看護師に特徴的なキャリアも明らかになる。このことは、看護師の職業生活を表す代表的な存在である、中規模病院に勤務しているキャリア中期にある看護師のキャリアとは何かを理解することにつながる。その理由として、参加者となるキャリア中期の看護師は、国家資格を取得してから職業生活の約半分を経ているため病院内においては中核的な役割を担っているからである。

また、病院内の各部署において、管理職、専門看護師、認定看護師は一部であり、ほとんどの看護師は、役職や特定領域の資格を持たず勤務している。このような看護師に焦点を当て、病院に勤務するキャリア中期にある看護師のストーリーとしてのキャリアを明らかにすることは、次のような成果につながる。本研究により、キャリア中期にある看護師は、自己のストーリーとしてのキャリアを理解することができ、さらに、キャリア初期にある新人看護師や若手看護師は、自己の将来を理解しながら職業生活を送ることができる。それは、将来、キャリア中期に至るまでに看護師を継続する上でどのような節目があり、その節目で何をどの様に選択し意味づけられるのかを理解しながら勤務できるからである。これは、各々の看護師が職業生活上の節目に遭遇した時、どの様に考えればよいのかの手立てとなる。また、キャリアは将来の展望も導く。したがって、キャリア中期にある看護師は、キャリア後期に移行していくための展望につながる可能性がある。

Ⅱ. 研究目的・目標

1. 研究目的

わが国において最も多くの看護師が就業する場である地域の中規模病院に勤務し、職業を継続するキャリア中期にある看護師に共通するストーリーとしてのキャリアを解釈的现象学的分析により明らかにし、キャリア中期にある看護師のキャリアとは何かを理解する。

2. 研究目標

- 1) 解釈的现象学的分析を通して、地域の中規模病院に勤務し職業を継続するキャリア中期にある看護師に共通するストーリーとしてのキャリアを記述する。

- 2) 1) の考察を通して、地域の中規模病院に勤務し職業を継続するキャリア中期にある看護師のキャリアとは何かを理解する。

Ⅲ. 文献検討

1. 心理学におけるキャリアの捉え方

心理学においては、キャリアに関する研究が長年に渡り多数行われている。キャリアに関する研究の視点は、その時代の社会背景に強く影響を受け変遷しており、現在もなお新たな考え方が継続的に産み出されている。そこで、これまで多くの研究者らが提唱してきたキャリアの捉え方を「ジョブ・マッチングとしてのキャリア」「発達ステージとしてのキャリア」「ストーリーとしてのキャリア」の3側面から述べる。

1) ジョブ・マッチングとしてのキャリア

「キャリア」の考え方は、1900年代初頭の米国で起こった急速な工業化という社会背景に端を発する。この時代の米国は、個人の適性や興味を考慮せず職業が与えられるような風潮があり、何度も転職を繰り返す若者が多くいた。そこで、Persons は、ボストンで「職業指導」運動を起こし、適材適所の考え方である特性・因子理論を提唱した (Persons, 1909)。この理論は、個人が持つ技能の不足ではなく、職場の探し方に問題があるとしており、個人の特性である趣味、価値観、性格等と職場探しの要件や因子となる仕事の内容や必要とされる能力等をいかにマッチングさせるかである。このマッチングのためには、〈自己理解〉〈仕事知識の理解〉〈これらに関連づけて職場を推論する〉という3段階のプロセスが必要であるとした。

また、Holland は、個人の特性は仕事の特性に引き寄せられるとし、〈現実的〉〈研究的〉〈芸術的〉〈社会的〉〈企業的〉〈慣習的〉の6つの環境特性と個人の適合（興味領域）の程度と〔自己統制〕〔男性-女性傾向〕〔地位志向〕〔稀有反応〕〔黙従反応〕の5つの尺度からなる測定可能な「職業興味検査 (Vocational Preference Inventory : VPI)」(Holland／労働政策研究・研修機構, 2002)を開発した。現在、わが国でも厚生労働省や雇用問題研究会により、「職業興味検査」の他、「厚生労働省編一般職業適性検査 (General Aptitude Test Battery : GATB)」、「職業レディネス・テスト (Vocational Readiness Test : VRT)」(労働政策研究・研修機構, 2013)、「キャリア・インサイト MC (ミッド・キャリア)」(労働政策研究・研修機構, 2007)といった個人との適合を目的とした検査が

提供されている。

2) 発達ステージとしてのキャリア

1950年代に入ると心理学において「人間の働くという行動」を概念化し、測定しようとする試みがみられ（渡辺, 2011）、「キャリア」は、複雑な人間の職業行動を総合して表現する概念として用いられるようになった（Jepsen, Choudhuri, 2001）。この時代は、第二次世界大戦後という社会情勢のもと、多くの職場が階層化する組織構造となり、より上の階層へと発達する考え方が主流となった。そのため、組織の構造的な特徴や職位の段階的な連なりを客観的キャリアとして見る研究や、給料、昇給、最高経営責任者といった階層的昇進が客観的キャリアの成功であるというや実証研究がされた。そのため、これまでのキャリア研究は、キャリアの成功を客観的指標にすることに焦点を当ててきたという指摘もあった。

そこで、1970年代に入り職業心理学者の Super が、これまで労働や職業に焦点が当たっていた「キャリア」への見方に対し、自己概念を中心としたキャリア発達の理論的アプローチから捉えることを提唱した。その後、Super は、個人が職業的な自己実現過程をたどることを明らかにした。その過程とは、〈成長段階〉〈探索段階〉〈確立段階〉〈維持段階〉〈下降段階〉という5段階であるが、キャリアは個人が経験する役割（ライフ・スペース）と取り組み方によって構成され、これに時間軸であるライフ・スパンを盛り込み、生涯を通じた5段階のライフ・ステージを経るとしている（Super, Bohn, 1970）。また、Schein は、組織心理学の観点から〈成長、空想、探求〉〈仕事の世界へのエントリー〉〈基本訓練〉〈キャリア初期の正社員資格〉〈正社員資格, キャリア中期〉〈キャリア中期の危機〉〈非指導役にあるキャリア後期／指導役にあるキャリア後期〉〈衰えおよび離脱〉〈引退〉の9段階のキャリア・サイクルや長期的なキャリアを貫く自己概念を意味する「キャリア・アンカー」を明らかにした（Schein／二村, 三善, 1991）。

これら複数の研究者により、キャリアはいくつかの段階を辿るとされている。キャリア発達モデルは、各段階において課題や危機が明示されており、階段を登るようにこれらに直面し乗り越えていくことを基本姿勢としている。この階段を登る過程には移行が生じるとし、Bridges は、トランジション・モデルを提唱し、移行期には何かが終わる〈終焉〉、混乱や苦悩の時期である〈中立圏〉、新しい始まりである〈開始〉の3段階があるとした。個人が課題にうまく対処できない時は、新たに遭遇している〈開始〉に着目しがちだが、〈終焉〉を見つめていないためにうまく対処できていないことを指摘した（Bridges／倉光,

小林,1994)。同様に、個人の役割や人間関係、日常生活を変えてしまうような出来事への転機に注目した Schlossberg は、4-S トランジションモデルを提唱した。このモデルでは、〈出来事の状態 (situation)〉〈自分自身 (self)〉〈支援 (support)〉〈戦略 (strategies)〉という4つのSが資源であり、転機のタイプを見極め、これらの資源を活用し強化することが重要であるとした (Schlossberg/武田,立野,2000)。

このように、「キャリア」は、Persons により始まった従来のジョブ・マッチングモデルから Super や Schein らにより組織における自己実現のためのキャリア発達モデルへの転換を果たした (仙崎, 2001)。

3) ストーリーとしてのキャリア

1980年代前後になると、変動の激しい社会構造の中で、同様の職場環境のもとで働き続けることが困難な情勢となり、「キャリア」の主体は組織から個人に焦点を当て、人生を旅するストーリーとしてのキャリアと捉えるようになった。ストーリーとしてのキャリアは、社会構成主義の影響を受けており、Hall は、キャリアが組織によってではなく個人によって形成され、その個人の欲求に見合うようにその都度方向転換されるとした (Hall, 1976)。これは、個人と他者の関係を築きながらキャリアを形成し、主体者自身の解釈や意味づけによってキャリアの価値や重要性が決まるという立場をとっており、キャリアの定義を変革させるものであった。Hall が提唱した理論は、変幻自在を意味するプロティアン・キャリアであり、これには、適応力と適応モチベーションからなるアダプタビリティとアイデンティティの2つの能力が必要となる (Hall, 2002)。これらの能力を高めるには、少し難易度の高い職務に挑戦する環境、メンターの存在、学びの場、内省の4つの要素があるとした。

また、Savickas は、「変化の多い職業人生をいかに乗り切るか」という問いに答えるためにキャリア構築理論を唱え (Savickas, 2005)、①小さなストーリー (マイクロナラティブ) がキャリアを構成する基盤であり、②小さなストーリーが大きなストーリー (マクロナラティブ) を再構築していき、③ストーリーの中に次のエピソードが構築されるとした。そして、客観的なキャリアより“意味あるストーリー”を生み出す1つのまとまりとしての主観的なキャリアが、過去の出来事や現在の体験に意味を与え、将来の抱負にも意味を与えるとした。このような主観的な構成体としてのキャリアに焦点が当てられている。

さらに、Krumboltz は、キャリアの意思決定における社会学習理論に基づき、計画され

た偶発性 (Krumboltz, 1999) の重要性を取り上げた。この計画された偶発性は、ストレッチングモデルとして提示され、キャリアにおいて想定外に起きた出来事を乗り越え、その偶発性を普遍化することで、本当のチャンスに変えていく個人のオープンマインドを表している。産業構造が変動し、予測ができない環境でこの理論は受け入れられたが、ストレッチング理論は、教育研修ではフォローできないという指摘がある (花田, 宮地, 2003)。

加えて、Defellipi と Arthur は、組織との境界のないキャリアを意味したバウンダリーレス・キャリア (Defellipi, Arthur, 1994) を唱えた。これを支えるキャリア・コンピテンシーには、〈個人の動機や価値 (Knowing-Why)〉〈知識やスキル (Knowing-How)〉〈人的なネットワーク (Knowing-Whom)〉の 3 つがあるとされている (Defellipi, Arthur, 1996)。

国内では、花田、宮地らが提唱する自律型キャリア (Career Self-Reliance) が、カリフォルニア州に拠点を置くキャリア・アクション・センター (CAC) で開発された。この理論は、自己責任でのバリューストレッチングを実践しないと生き残れないという目まぐるしく変化するシリコンバレーにおける IT 産業の風土から産み出された。①自己を理解する、②環境を理解する、③その統合をおこない、④自己のキャリアゴール、アクションプランを構築するという構成から成り立つ。

最後に、金井、鈴木、加藤は、「キャリア・ドリフト」 (鈴木, 2001) 「キャリア・ミスト」 「キャリア・ホープ」という新たな概念に基づく主観的なキャリア論を構築し、妥当性を検証した (加藤, 鈴木, 2004)。キャリアに対する関心の高さを表す「キャリア・ドリフト」、個人が知覚する自分自身の将来に対する不透明感を表す「キャリア・ミスト」、ミストの中でその個人を導くひと筋の光明である「キャリア・ホープ」を統合した概念であり、各々を測定する尺度も作成されている。キャリアは一定ではなく目標が見えず流されたり、漂ったり、目標が見えるときには追求や探索を行っていることも明らかにされており、日本的なコンテキストを描写するモデルである。そして、個々人は、ランダムに動くのではなく、その人なりの動き方をするとされている。

心理学領域におけるキャリアの研究は、以上の様々な理論から、キャリアが、ジョブ・マッチング、発達ステージ、個人のストーリーという 3 つの視点に分類・整理されていることを明らかにしていた。これらの理論の変遷には、キャリアがその人の職業生活のあり方を問う研究領域であることから、人々が生きる時代背景や社会情勢に影響された働き方が反映していたという特徴があった。また、職業生活は長期に渡るため人生のライフサイ

クルと並行して捉えるように変化しており、職業と個人の人生や生活、すなわち組織と個人が切り離すことができない捉え方になっていた。現代社会において焦点が当たっているストーリーとしてのキャリアは、個人の主観からキャリアを捉えているため、個人の語りの中に組織と自己の生活が融合したストーリーがあることを示唆している。

2. 看護学におけるキャリア中期にある看護師の文献検討

看護学において看護職のキャリア中期にある看護師に関する研究を検索した結果、海外文献 5 件、国内文献 19 件を文献検討の対象とした。以下に検索の過程と検討内容を記す。

第 1 に、海外文献を検索した。検索範囲年数は、限定せず、English、Resarch、学術専門誌、抄録ありに限定した。まず、CINAHL with Full Text を用いて、キーワードを CINAHL Heading から探索し、「Careers in Nursing」「Career Planning and Development」「Nursing as a Profession」を用いた。さらに、「mid-career」「mid career」「profession」を加え AND または OR を組み合わせて検索した。看護学生や助産師、医師、司書、カウンセラーに焦点が当たっている文献を除外し、キャリア中期看護師のキャリアを表している 4 件を確認した。次に、PubMed を用いて「mid career nurse」「nurse career」、MEDLINE with Full Text を用いて「career」「nurse」「mid career」「profession」のキーワードで検索したが、CINAHL with Full Text の文献と重複していた。最後に、PsycINFO を用いて「careers」「nurse」「mid career」の用語で検索した結果、登録看護師の職務に対する内省を表す 1 件が該当した。これら 5 件の文献を検討に必要と判断した。

第 2 に、国内文献を検索するため医中誌 Web を用いた。検索範囲年数は、限定せず、検索の条件として、会議録を除く、抄録あり、看護にチェックを入れ絞り込んだ。キーワードは「キャリア」「中堅看護師」「キャリア中期看護師」「中期キャリア看護師」「看護専門職」「看護専門職者」とし、AND または OR を組み合わせて検索し、これらのタイトル・要旨・内容を確認し、キャリア中期にある看護師のキャリアを表していない文献を除外した結果 19 件を検討の対象とした。

以上の海外文献、国内文献の検索結果、合計 24 件を本研究の文献検討の対象とした。これら 24 件の先行研究は、1. キャリア中期にある看護師のキャリア・ディベロップメントの構造、2. キャリア中期にある看護師のキャリア・ディベロップメントの影響要因、3. キャリア中期にある看護師のキャリア・ディベロップメントの過程、4. 臨床看

護師の職務に関するキャリアを測定する尺度開発、検証、有効性の検討、5. キャリア中期にある看護師がキャリア・ディベロップメントに向かうための支援とその効果という内容に分類できた。以下、分類項目ごとに検討を記述する。

1) キャリア中期にある看護師のキャリア・ディベロップメントの構造

24 件のうち 1 件は、キャリア中期にある看護師のキャリア・ディベロップメントの構造に関する研究であった。

臨床看護師のキャリア発達の構造を解明した研究（グレッグ、池邊、池西、林、平山、2003）は、10 年以上の経験を持つ 13 名の看護師を対象とし半構成的面接法により、「職業継続が困難だと思ったこと」「それをどう乗り越えたか」「看護師であることの自分にとっての意味」等をデータ収集し、グラウンデッドセオリーを参考にした質的記述的分析を行った結果、キャリア発達を表す 16 カテゴリーが明らかになった。キャリア発達の構造の基盤には、職業継続の明確な意思があり、中核には、自己実現の手段としての看護師という認識が存在した。発達の過程には様々なキャリア発達に関する悩み・苦悩の経験を持っているものの、自己の課題の認識、専門性の追求という一連のプロセスが繰り返されることにより、さらなる発達を遂げる構造があることを明らかにしていた。

上記の研究は、キャリア中期にある看護師は、これまでのキャリアとして、悩みや苦悩をするというネガティブな経験を持ちながらも、自己の課題や専門性を探究することを通して職業を継続するという意思を強固にし、ポジティブな経験に至っている状況を示した。

2) キャリア中期にある看護師のキャリア・ディベロップメントの影響要因

24 件のうち 4 件は、臨床看護師のキャリア・ディベロップメントの影響要因に関する研究であった。

第 1 に、臨床看護師のキャリア発達過程とその影響要因を明らかにした研究（水野、三上、2000）は、大学病院に勤務する 28 歳以上の看護師 57 名を対象に、半構成的面接法によりデータを収集し、探索型内容分析の手法を用いて分析を行った。その結果、キャリア発達過程には、学習機会、患者・家族とのかかわり、上司・同僚、役割の付与、配置転換、ライフイベントの 6 つの影響因子が存在していることを明らかにしていた。

第 2 に、看護師のキャリア形成に及ぼす影響要因を明らかにした研究（林、米山、2008）は、2 年以上の経験を持つ 6 病院の看護師 1000 名を対象に半構成的面接法を用いてデータ収集を行い、個人としての確立、職業人としての確立、家族とのかかわり、職場・同僚

とのかかわりの4側面からなる質問紙を作成し、調査を実施した。共分散構造分析の結果、これら4側面から構成された成人としての成熟性が職業継続につながるという仮説を検証するとともに、経験年数、労働条件に対する満足度、職場におけるモデルやメンターの存在がキャリア形成に影響を及ぼしていることも明らかにした。

第3に、キャリア中期にある臨床看護師に成長を及ぼした要因を解明した研究(里光 他, 2009)は、異なる設置主体に勤務するキャリア中期にある看護師6名を対象に、フォーカスグループインタビューを通して、自己の成長への考えや看護師長の影響等を尋ねデータを収集した。分析はデータを要約し看護師の成長過程の視点に着目し解釈を加えた。その結果、臨床経験年数が4年から5年であっても、自信が持てない、できないと感じる場合があり、師長の言葉かけや患者との関わり、継続した研究会でのディスカッション、適切な研究指導が成長につながっていたことを明らかにしていた。

第4に、看護師の職務ストレスとキャリア認知の関係を明らかにした研究(河上, 西村, 藤原, 石井, 仁尾, 高谷, 2003)は、全国500床以上の67病院に勤務する3年以上の看護師1958名を対象に、「看護師の職務ストレス尺度」(藤原, 2001)と「看護師のキャリア測定尺度」(高谷, 2001)を用いて測定し、「自己能力の開発」には、看護能力不足と患者や家族へのサポートが影響していることを明らかにしていた。

上記4件の研究は、臨床看護師のキャリアの影響要因が、質的にも量的にも解明されており、モデルやメンターの存在、上司・同僚、患者・家族とのかかわりという職場の人的環境、配置転換、労働条件に対する満足度、役割の付与という物理的環境、研究会等の学習機会という職務に必要な学習環境、ライフイベント、家族支援という私生活と多岐にわたる影響要因があることを示した。

3) キャリア中期にある看護師のキャリア・ディベロップメントの過程

24件のうち8件は、キャリア中期にある看護師のキャリア・ディベロップメントの過程に関する研究であった。

第1に、海外文献においては、病院に勤務する看護師のスタッフ・ディベロップメントの過程には、専門職としてのアイデンティティ、専門職としての成熟、専門職としての熟達の3段階のキャリアパターンがあることを明らかにした(Sovie, 1982, 1983)。また、登録看護師の職務に対する知覚の解明と専門職的発達の教育に向けた成果産出を目的とした研究(Hallin, Danielson, 2008)は、卒後6年の登録看護師15名に半構成的面接を行

い、内容分析した結果、専門性が適切だが骨が折れる、好機と障害が伴う専門職の2つのテーマと5つのサブテーマが抽出された。さらに、登録看護師472名の職務に対する内省を記述した研究は、優先事項の競合、優先事項のバランス、実践を妨げる、実践に留まることを看護師に勇気づける平等な支援という4つのテーマを明らかにした。

第2に、国内文献においては、まず、配置転換は中堅看護師に対して「一皮むけた経験」を与えとし、そのプロセスを解明した研究（中村, 2010）は、配置転換後1年以上3年未満の中堅看護師5名を対象に半構成的面接法により、データを収集し KJ 法を用いて分析した。その結果、配置転換を通して新しい職場に適応すると「一皮むけた経験」として、再出発にむけての気持ちの整理、配置転換から生じたネガティブな思いを乗り越えようとする姿勢、役割認識、成長の実感、自分らしいキャリア発達の座標軸の発見、看護職継続の意思の6段階とモチベーションの向上に必要な心の拠り所の1要因からなるプロセスを辿ることを明らかにしていた。

次に、Briges のキャリアの概念を基盤に認定看護師の転機のプロセスを明らかにした研究（小笠原, 2007）は、特定地域の総合病院に勤務する認定看護師8名を対象に半構成的面接を行い、看護師の選択、停滞、看護師のアイデンティティの喪失、方向性を見出す、認定看護師としての価値付け等11局面を抽出した。

さらに、施設内異動を体験したキャリア中期にある看護師のうち、キャリア試行期とキャリア確立期にある2名のキャリアの実態を比較した研究（吉田, 吉村, 青柳, 岩本, 2011）は、300床以上の総合病院に勤務する役職のない看護師1名ずつに、半構成的面接を行った。2者の共通経験は、部署/環境の変化に対する反応、異動に対する肯定的な認識、経験の積み重ねの実感、相違経験は、看護師としての自分とキャリアの認識であった。

加えて、臨床看護師のキャリア発達過程とその影響要因を明らかにした研究（水野, 三上, 2000）は、大学病院に勤務する28歳以上の看護師57名を対象に、半構成的面接法によりデータを収集し、探索型内容分析の手法を用いて分析を行った。その結果、キャリア発達過程にはⅠ期が基本的知識・技術の獲得、Ⅱ期がチームにおける指導能力の獲得、Ⅲ期が専門・関心領域の明確化、Ⅳ期が専門・関心領域への取り組み・熟達、Ⅴ期が専門・関心領域の組織化・運営までであることが解明され、Ⅳ期の専門・関心領域の明確化以降のキャリア開発に対する支援が課題となった。

最後に、専門・関心領域を明確にしている中堅看護師のキャリアデザインのプロセスとその環境要因を解明する研究（卯川, 細田, 星, 2011）は、有意抽出した5施設の中堅看

看護師 14 名を対象に半構成的面接法を用いてデータ収集し、グラウンデッドセオリーを参考にした分析を用い、4 カテゴリー・11 サブカテゴリ・27 概念を見出し、それらの関連性を文章化したストーリーラインと結果図を作成し、専門・関心領域を明確にしている中堅看護師は、役割と並行して自己投入できるものを探そうになっていた。また、キャリアビジョンが継続されるためには組織やライフイベントとの調整を必要としており、環境要因には、認定看護師等の人的環境の他、部署で与えられた役割や臨床看護実践能力期待といった物理的・心理的環境が影響していることを明らかにしていた。

上記 8 件の研究は、中期キャリアにある看護師のキャリアの過程には、ほとんどが半構成的面接法を適用して結果を産出しており、その内容は、看護師としてのアイデンティティの喪失や専門領域の模索、ネガティブな思いという停滞や後退を意味する状況を経た後、何らかの方向性を見出し、専門領域を明確にする、成長を実感するという肯定的な変化の過程を示していた。

4) 臨床看護師の職務に関するキャリアを測定する尺度開発、検証、有効性の検討

24 件のうち 6 件は、臨床看護師のキャリアを測定する尺度に関する研究であった。

第 1 に、海外文献は、登録看護師のためのキャリア計画と発達のプログラム (Career Planning and Development measure : CPDP) の尺度が開発されていた (Hall, Waddell, Donne&Wheeler, 2004)。この尺度は、「Scanning (要点把握)」「Self-assessment (自己査定)」「Reality-check (現実的確認)」「Visioning (展望)」「Planning (計画)」5 下位尺度からなる 32 項目から成る。CPDP への参加者群 80 名、対照群 64 名の合計 252 名を対象に質問紙調査を行った研究は、CPDP モデルへの参加者は、参加していない者よりも「キャリア展望」と「キャリア計画」が高かった (Hall, 2008)。

第 2 に、石井らは、スタッフ看護師の職務キャリアの測定を可能にする尺度開発に向けた研究 (石井, 藤原, 星, 高谷, 河上, 西村, 2005) を行い、第 1 段階で 90 名の看護師を対象に自由記述による質問紙調査を行い、499 のキャリア内容の分析から 62 項目を抽出し調査票を作成したのち、第 2 段階にて、看護師 276 名を対象に調査票による質問紙調査を行い、因子分析の結果、質の高い看護の実践と追求、対人関係の形成と調整、自己能力の開発、多様な経験の蓄積の 4 下位尺度 43 項目からなる看護師の職務キャリア尺度を作成し、信頼性・妥当性も検証された。また、この尺度を用いて所属病院の職業的キャリアを測定した研究も存在した (倉ヶ市, 小松, 大澤, 中村, 和泉, 植松他, 2013)。

第3に、林らは、看護職の職業的キャリア成熟度測定尺の作成に向け、6病院の臨床経験2年以上の看護師1,000名を対象に質問紙調査を行った（林、松村、石飛、米山, 2006）。因子分析の結果、28項目からなる自己教育性(目的と対処能力)、職業満足・充実感、コミットメント、自他の容認、職業基盤(生活・健康基盤)の5因子を抽出した。得られた因子はすべて信頼係数が高く、看護師の職業的キャリアに重要な概念との関連性が認められ、尺度の妥当性が支持された。

第4に、佐藤らは、キャリア中期看護師の臨床実践力測定尺度25項目の作成をver.3まで改訂し、全国23施設の看護師2,345名を対象に信頼性と妥当性の検討を行った（佐藤、牛田、内藤、出口、土佐, 2007）。21項目について、経験年数5年以上の群(1693名)のみを対象に因子分析を行った結果、看護チームの発展に貢献する力、質の高いケアを提供する力、患者の医療への参加を促進する力、現状に主体的に関与する力という4因子が抽出された。4つの因子それぞれを構成する項目間のCronbach's係数は0.71~0.87と良好であり、内的整合性に問題はないことが確認された。これらのプロセスを経て、4因子21項目で構成される「ver.3」を作成した。

上記の尺度開発やその活用に関する研究は、看護師のキャリアを数量的に測定することが可能であることを示しているが、職務の遂行に限定されたキャリアの尺度であり、また、客観的なデータである数値を統計学的方法により処理していた。これらの尺度は、個人の自己点検、自己評価に活用できることを示しているものの、個人のストーリーのある地点のキャリアしか表すことができないことを示した。

5) キャリア中期にある看護師がキャリア・ディベロップメントに向かうための支援とその効果

24件のうち5件は、キャリア中期にある看護師がキャリア・ディベロップメントに向かうための支援に関する研究であった。

第1に、看護師の能力開発に向け、ナラティブを用いた内省プログラムを作成し、実践を通して効果を検討した研究（小山田, 2007）は、参加者が学びとして、自己像の拡大とその前提条件となる看護実践の意識化、学びを生む体験を獲得していた。一方、学びの実践が変化につながらないとする参加者もあり、自己の前提や価値観を問い直す過程を経験しないため、自己像の更新が不十分な結果に終わっていたことを明らかにした。

第2に、キャリア中期にある看護師のキャリアトランジションニーズをサポートするプ

プログラム評価を目的にした研究（林, 勝又, 廣山, 齋藤, 本田, 2008）は、経験5年から6年以上でキャリアトランジションを考えているジェネラリスト養成コースに参加している看護師54名を対象に、プログラムの前後で質問紙調査を実施した。その結果、学びのプロセスとして、就業意欲・学習意欲が高まる、現在の自分の位置を認知できる、将来の方向性を見出す、学んだことを活かしてみる、というカテゴリーが抽出された。

第3に、認定看護師の教育課程進学時のキャリア・トランジションに焦点化し、看護師長からの支援を目的に、3名の認定看護師に半構成的面接を行い、質的帰納的に分析した結果、キャリアプランの明確化、連絡・調整、精神的サポート3カテゴリーが抽出された（加藤, 2013）。

第4に、キャリアを方向づける看護師の経験の記録について、看護師の捉え方を明らかにした研究（長谷川, 鈴木, 横山, 2013）は、研修会に参加している4病院の5年以上の看護師373名を対象に質問紙調査を行った。その結果、残している記録は、院内の勉強会資料、研修会の資料、看護研究の資料であり、48.5%が経験を振り返るために記録をまとめる必要があると回答した。

第5に、自己のキャリアの明確化を目的とした「中堅看護師のキャリアアップ支援講座のプログラム」を開催し、参加者113名にプログラムの評価を問う質問紙調査を行った。その結果、受講前にキャリアの方向が決められていなかった人のうち74%が、キャリア目標が明確になったが79%、自分の強みがわかったが71%、目標達成に向けた具体策が明確になったが74%という結果になった（長谷川, 鈴木, 横山, 2012）。

上記の検討より、師長や研修プログラムを通した支援に関する研究は、他者の介入により語ることがキャリア・ディベロップメントに向かうことは明らかであるが、自己の体験を自身で意味づけるという視点からは未解明であることを示した。

以上の文献検討の結果から、本研究の目的達成に向け次の5点が示唆された。

- (1) 海外文献は、キャリア中期にある看護師が、専門性を求めながらもキャリアの過程には何らかの壁に遭遇し、それに対する支援を望んでおり、職業継続に向けた支援が必要とされていた。
- (2) わが国のキャリア中期にある看護師のキャリアに関する研究のほとんどは、キャリア・ディベロップメントの視点であり、発達ステージとしてのキャリアの観点から捉えていた。

- (3) 部署異動経験をもつ看護師2名を対象にした研究は、職業生活における節目での体験に焦点を当てており、キャリア中期にある看護師の部署異動の体験を表していたが、両者を比較し共通性と相違性を表した成果であった。
- (4) 先行研究のうち、量的研究は、因子分析による尺度開発や尺度を用いた検証、共分散構造解析によるキャリア発達に影響を及ぼす要因の解明であり、全て統計学的方法を適用していた。これらは、客観的態度から見る実証主義的な成果であった。
- (5) 先行研究のうち、質的研究のほとんどが、個人を対象に半構成的面接法を用いて経験を尋ねており、内容分析、KJ法、グラウンデッドセオリーアプローチ等の質的帰納的もしくは質的記述的方法を通して、構造化や複数のカテゴリ名でキャリアが表されていた。

上記5点の示唆から、看護学におけるキャリア中期にある看護師のキャリアに関する研究は、成果として多数あったがストーリーとしてのキャリアを表すものは存在しなかった。ストーリーとしてのキャリアを明らかにしていくためには、データを数値化し統計学的に分析していく量的研究ではなく質的研究が適しており、主観の側から個々の世界を見ようとする質的記述的デザインが妥当である。このデザインの方法論としては、その人の語りからストーリーとしてのキャリアを表しやすいナラティブ分析や現象学的アプローチがある。本研究が扱うストーリーとしてのキャリアの解明は、看護師各々の職業生活の節目で起きた選択の意味づけを通して、過去・現在・未来を通じた自己の存在に気づくことにもつながる。この観点から、人々の生活体験での現象からそこにある本質を見つめようとする現象学的アプローチが最も適していると考ええる。現象学的アプローチには、体験の意味の記述に焦点を当てる記述的現象学と体験の解釈をとおして個々人への意味づけに焦点を当てる解釈学的現象学がある。個々の職業生活の節目で起きた選択を意味づけていくことをふまえる本研究には、解釈学的現象学が最も適した方法論と考える。

Ⅲ. 用語の定義

上記の文献検討からキャリアという用語は多様な定義があることを確認できた。そして、この用語は、時代や状況の変化に応じて定義が変遷して用いられるという特性を持っていた。そのため、本研究では研究参加者がキャリアという用語からイメージする内容に相違が生じることを回避するために「キャリア」という用語の規定をした。また、「キャ

リア中期にある看護師」も同様である。さらに、一般的に病院における規模とは病床数のことを示すが、病床数の範囲を表すために「中規模病院」という用語も規定した。

1. キャリア (career)

本研究においてキャリアとは、看護基礎教育課程修了後、看護師として常勤で働いた職業生活上の節目における選択から生み出された現象を通じて過去・現在・未来に通じている自己のあり様である。

2. キャリア中期にある看護師 (mid-career nurse)

Schein は、キャリア中期を 25 歳以降とし、組織のなかで明確なアイデンティティを確立し、自分の長期のキャリア計画を開発する段階とした。また、キャリア中期の危機を 35 歳から 45 歳とし、自分のキャリア・アンカーの意味を現実の評価する段階であるとした (Schein, 1978)。また、水野らは、わが国の臨床看護婦のキャリア発達過程に関する研究結果から、「専門関心領域の模索」期の平均年齢が 31.8 歳、次の「専門・関心領域の明確化」期の平均年齢が 36.8 歳、「専門・関心領域への取り組み・熟達」期の平均年齢が 37.1 歳であることを明らかにしていた (水野,三上, 2000)。これらは、多くの臨床看護師が、専門・関心領域を明確にするには、平均的に約 10 年を必要とし、16 年を過ぎると熟達するまでに移行できることを示す。

以上より、本研究においてキャリア中期にある看護師とは、病院に勤務する臨床経験 10 年以上 15 年未満の看護師とし、上限を 45 歳までと規定する。また、何らかの役職をもたない看護師とする。

3. 中規模病院 (medium-sized hospital)

わが国の病院が有する全病床数約 158 万床のうち、500 床以上の病院は全体の病床数の 19.5%、300 床以上の病院は 44.9%、200 床以上の病院は 61.9%を占める (厚生労働省,2013a)。すなわち、わが国の入院患者の約 6 割が 200 床以上の病院に勤務する看護師により看護を提供されている状況にあると言え、これらの病院には、わが国の圧倒的多数の看護師が就業する。また、500 床以上の病院に入院する患者は、全体の約 2 割に留まる。したがって、本研究において中規模病院とは、病床数が 200 床以上 500 床未満の病院と規定する。

IV. 研究方法論

1. 研究デザイン

解釈学、現象学、個性記述学の観点から成り立つ Smith の解釈的現象学的分析 (Interpretative Phenomenological Analysis, 以下 IPA) (Smith, Flower, Larkin, 2013) を方法論とする質的記述的研究である。

2. 研究方法の理論的根拠

本研究が用いる IPA は、現象学 (phenomenology)、解釈学 (hermeneutic)、個性記述学 (idiography) の影響を受けて存在論的な立場から確立された方法論である。以下に、IPA の特性とこれらの学問の関連、本研究に IPA を適用する意義を述べる。

1) IPA の特性

研究者と研究参加者が交流し、歩み寄ることで相互の世界の理解を成立していくという間主観性の立場をとる。解釈学的現象学に基づく研究方法是、テキストへの解釈を通して、日常的に当たり前のことと思われている人間の体験の意味をとらえ、お互いが理解することを目標としている。そのため、人間の体験の意味をとらえようとする研究にもっとも適した方法である。解釈学的現象学に基づく研究方法のうちの 1 つである IPA は、その人の特定の体験、出来事、状態が個人にとってどのような意味をもっているのかという探求について、個別を保ちながら全体性をもち共通性を見出すことを目的とする (Smith, Osborn, 2003)。したがって、IPA を適用する研究者は、特定の現象における人々の経験や理解、その人の知覚や視点にも焦点を当てる傾向にある (Smith, Flower, Larkin, 2013)。そのため、リサーチ・クエスチョンは、「特定の現象 X という出来事・プロセスはどの様に経験され、意味づけられるのか？」という内容になる。

本研究の現象 X は、中規模病院に就業するキャリア中期にある看護師の職業生活上の節目である。

2) IPA と現象学 (phenomenology) の関連

IPA の第 1 の理論的根拠となる現象学は、ハイデガーの解釈学的現象学 (hermeneutic phenomenology) を基盤としている。実証主義を批判する立場をとり、人間の主体性を強調しその生き方や心情に重きを置いた学問である現象学は、創始者であるフッサールが、次の 3 つの過程を経て、本質構造をあるがままに記述できると論じた。それらの過程とは、自己の価値観を括弧に入れて判断や解釈を停止 (エポケー) し、対象の意識になる「現象学的還元 (phenomenological reduction)」、非現実的な本質を自由な想像的変更によって把握する「形相的還元 (eidetic reduction)」、主体のありのままの意識、すなわち純粹

意識を捉える「超越論的還元 (transcendental reduction)」である。

しかし、ハイデガーは、ありのままの意識（純粹意識）を捉えることは、意識を担う人間の存在（あり様）が問われていないという観点から限界があるとし、フッサールの影響を受けながらも解釈学的現象学という独自の視点を確立した。ハイデガーの解釈学的現象学の基本的な主張は、人間の存在論と物や人への認識論が基盤となっており、その人の主体的な世界を理解し、自らを未来への可能性に企投する「生きられた経験」を理解することを目指している。ハイデガーは、人（das man）とは、既に存在している世界に投げ出（産み落と）されている「被投性」、過去から引き受けた世界で自己の可能性を選択し、未来への自己の可能性に身を投じる「企投性」が絡み合う存在であるとし、人を現存在（Da-sain）と名付けた。また、人は曖昧な日常を過ごしており、没頭している曖昧な日常に気づくことができるものの、日常から脱却し、自己を見つめ直すことは困難な存在と捉えた。それゆえに、人は他者が肩代わりできない自己の死への存在を自覚することを通して、人生には始まりと終わりという時間があることを自覚し、自分の人生に対する態度を決めることができる存在と考えていた（Heidegger／高田, 2013）。

このような現象学の背景に起因し、IPA は、ハイデガーの解釈学的現象学を中核に日常的にある特定文脈や現象に焦点を当て、その現象の中での生きられた経験を通してその人の存在を理解しようとする方法論である。

3) IPA と解釈学 (hermeneutic) の関連

IPA の第2の理論的根拠となる解釈学は、ハイデガーの解釈学とガダマーの哲学的解釈学、共感的解釈学、哲学的解釈学の異議申立て的解釈学と複数の影響を受けている。ハイデガーは、解釈学について「存在の根本構造を解き明かすこと」、「存在論的な究明が可能になるための条件を解釈すること」、「現存在（Da-sain）の存在を解釈すること」と述べている（Heidegger／高田, 2013）。これは、ハイデガーの人間観が、人間は存在する限り、自分に関わる物や人々を解釈せざるを得ないとしていること（Heidegger／高田, 2013）、人は解釈する能力を持っており、その解釈を通して得られた理解が自己の一部になると捉えていたことに基づく（伊賀, 2014）。また、ガダマーは、以上のようなハイデガーの解釈学に影響を受け、哲学的解釈学を提唱した。哲学的解釈学は、テキストの探求であり、参加者の世界での私たちの体験は言語と結びついていると述べ、研究者自身の先入見（Vorurteil）を排除することなくそれをうまく生かし、言語を用いた解釈をしていく

と主張した (Gadamer, 1989)。ガダマーの解釈の基準は、先行把握と時代の隔たり、すなわち、出来事の最中には把握されないことも時間がある程度経過することにより全体像が把握されることである (Gadamer, 1960)。これに基づくとテキストを読む場合、読者は既に読んだ部分のテキストが自身の歴史となって全体のテキストを読むことになり、ある部分のみのテキストを読む場合は、既に読んだ全体と再び対話することになる。ガダマーの哲学的解釈学では、このような解釈観を解釈学的循環と言い、それは、言語を用いて参加者の世界に想像的に入り込み、距離を縮め、参加者の世界を問い、「理解－解釈－批評」のサイクルとなるとことを言う (Gadamer, 1989)。

また、ハイデガーとガダマーの解釈学の他、共感的解釈学、哲学的解釈学の異議申立て的解釈学が影響している (Ricoeur, 1965)。共感的解釈学は、ロマン派解釈学とも言われ、表現されている直接的な意味を理解しようとする解釈であり、哲学的解釈学の異議申立て的解釈学は、聖書解釈に由来しているため、象徴的表現に隠された意味を理解しようとする疑問を問う解釈学である (伊賀, 2014)。

以上の解釈学を基盤に、IPA では、言語を用いて解釈を進める。参加者が自己の体験を言葉に表した時点で、参加者が解釈した内容となり、それを研究者が理解しようとする際、研究者の言語を用いて解釈を進める。解釈を進める過程で、共感的解釈と疑問を問う解釈も用いるため、IPA は、研究者が自身と参加者の世界を言語をとともに往来しながら、参加者の世界に迫ろうとする方法論である。

4) IPA と個性記述学 (idiography) の関連

IPA の第3の理論的根拠は、個性記述学である。ヴィンデルバンドは、科学は2つに分類できるとし、法則的関係性から事実を説明する法則定立的科学と一つの独特な領域に位置づく記述である個性記述学的科学があるとした (Windelband, 1980)。個性記述学的科学は、人間はより複雑な環境で生活しているという観点から、発達心理学の中で発展しており (中島, 安藤, 子安, 坂野, 繁樹, 立花, 2005)、個別状況の細部に着目すること、特定の出来事、過程や関係性が、特定の状況 (context) において、特定の人々 (particular people) の観点からどの様に理解されているのかに着目することを特徴としている。

IPA はその目的である特定の人々の体験を理解するために、個性記述学の特徴と同様、特定の条件を定めた研究参加者を選択していくことになる。そのため、IPA の分析は深く、徹底的、系統的に行われ、個人に包含されている何らかの個別の要求を再発見することができる方法論なのである (Smith, Flower, Larkin, 2013)。

5) 本研究への IPA の適用

本研究は、キャリア中期にある中規模病院の看護師を参加者とし、それらの看護師のストーリーとしてのキャリアを明らかにすることを目的としている。キャリア中期にある看護師は、日常業務は円滑に遂行できる存在であるからこそ、何気なく過ごしている職業生活上の体験をもつ存在であると言える。そのため、このような看護師個々のストーリーとしてのキャリアから見える現象は、日々の職業生活の中に潜んでいる。それは、自身でも気づかないまま毎日が過ぎていく可能性もある。また、ストーリーとしてのキャリアが、個人の体験に基づくものであるため、研究目的の達成のためには、参加者に個人のキャリアについて言葉を用いて語ってもらう必要がある。これまで述べてきた通り、IPA は、何気なく過ごしている日常において、特定の体験をもつ人の側からその体験がどのような意味をもっていたのかを理解することができる方法論である。したがって、参加者自身が語る体験を意味づけていくことがキャリアそのものであり、本研究への IPA の適用は妥当であり、研究目的は達成に向かうこととなる。

3. 研究参加者

1) 研究参加者の条件

本研究の参加者は、以下の条件を全て満たす看護師とした。

- (1) 看護基礎教育課程のうち、看護師課程 3 年を修了し、その直後に看護師免許を取得しており、施設間異動を含め、病床数 200 床以上の総合病院にて就業を開始している。
- (2) 病院における就業経験が、継続して 10 年以上 15 年未満の看護師であり、上限を 45 歳までとする。但し、以下の状況に該当する場合は継続とみなす。
 - ・ 産前産後休業、育児休業、介護休業、病欠（全て就業規則に規定された期間）による中断がある
 - ・ 進学のための休職制度に基づく中断がある
 - ・ 1 施設の勤務年数が 3 年以上であり、施設を異動した際の未就業期間が 1 年未満である
- (3) 病院内の勤務部署は問わないが、パートタイムではなく常勤として勤務を継続している。
- (4) 過去、現在において看護部長、看護師長、看護副師長（主任または係長）の役職、

認定看護師、専門看護師の資格がない。

(5) 研究参加の承諾が得られている。

2) 研究参加者数の決定

IPA を行う時のデータ収集数には明確な答えはなく、常に、少数の事例に焦点を集中させて成果を得ている。大まかなガイドによると、IPA を活用する学生のプロジェクトでは3名から6名の研究参加者であると言われており、現実には多くの研究がこの範囲で行っている。学部生や修士課程におけるIPA研究では研究参加者3名が標準的であり、博士課程においては多くの事例の分析を何回もする。最初のデータ収集は1事例で行い、次の段階は3事例を通して詳細に行う。第3段階では異なる地域から8名の参加者から大きなサンプルのデータを収集する。または、1回以上のインタビューを参加者に行うことで、前後の現象がデータとして得られるボルダーデザインの方法をとる。その場合一般的には、4名から10名の参加者のインタビューが適切とされる (Smith, Flower, Larkin, 2013)。

したがって、本研究では8名の参加者に協力を得て2回のインタビューを行った。

3) 研究参加者のリクルート方法

- (1) 研究参加者の条件に該当する看護師が勤務する可能性の高い病院の看護管理責任者から研究協力の内諾を得た。
- (2) 施設内の研究倫理審査委員会から承認を得るための手続きを経る。この手続きを必要としない施設においては、施設長または看護管理責任者に対して「研究協力依頼書」(資料1)により研究協力の依頼を行い、施設控え「承諾書」(資料2)、研究者控え「承諾書」(資料3)をもって協力への承諾を得た。
- (3) 承諾の得られた施設に対し、公募により該当参加者の募集を行った。看護管理責任者を通して、院内掲示版に「研究協力のお願ひ」(資料4)の掲示を依頼し、また、病棟師長を通して「同意説明書」(資料5)条件を満たすと思われる看護師への配布を依頼した。
- (4) 研究参加を希望する看護師は、看護管理責任者に特定されないよう、参加への意思表示を電子メールによって研究者に直接連絡した。
- (5) その後、研究参加を希望する看護師に「同意説明文書」(資料5)・「インタビューガイド」(資料6)・「研究への参加についての同意書」(資料7)・「同意辞退書」(資料8)を用いて、対面にて研究内容の説明と協力の依頼、同意および辞退方法の説明を行い、後日「研究への参加についての同意書」(資料7)の返送

をもって協力への承諾を得た。

4. データ収集

1) データ収集の方法

データ収集は、節目と思った所を記入できるインタビューガイドを使用した半構成的面接法を用いた。その際、原則として、下記の3段階を経る。各段階の面接は、参加者が語り尽くしたと思うまで行い、両者が分析結果を納得した時点で終了した。

第1段階：1名の参加者への半構成的面接。

第2段階：第1段階の参加者の分析の後、3名から4名の参加者への半構成的面接。

第3段階：異なる地域に勤務する参加者への半構成的面接（合計で8名）。

2) インタビューガイドの作成（資料6）

Willig は、インタビューガイドが、被面接者の世界を意味づけられるような質問事項で定められる枠組みであることを述べている（Willig／上淵, 大家, 小松, 2003）。本研究においては、インタビューを通して、まず、研究参加者の就職時から現在に至るまでに職業生活上の節目となった体験がデータとして収集される必要がある。そのため、以下のように節目を思い出しながら、その節目毎に出来事や体験したことを語ることができるように質問を構成した。

まず何年間勤務してきたのかを問い（問1）、次に、就職時から現在までを結んだ直線上に、節目を記入してもらう質問（問2）をしながらインタビューを進める。これにより、被面接者は、原則として節目での出来事をキャリア初期から生じた順番に語ることができる。また、過去・現在・未来の時間的経過を相互に視覚的に確認しながらインタビューを進めることは、面接者がインタビュー内容を誤りなく理解することにつながる。さらに、その節目での意味を語りやすくしていく質問が必要だが、自分の経験の意味を言語化することは容易ではない。そのため、節目で選択したこと（問3）、選択により変化したことや影響を受けたこと（問4）、その選択をした理由（問5）を問い、それらの経験の意味を問う（問6）。そして引き続き、これから将来に向けた職業生活の過ごし方を問う（問7）。この問1から問7までの質問によって、過去、現在、未来の順番で語られる。そして、他の節目についても問1から問7までの質問事項と同様に（問8）から（問12）として問う。

3) インタビューガイドの信頼性・妥当性

データ収集前に研究参加者の条件を満たし、予備調査の協力で承諾の得られた臨床経験10年目の看護師1名Aさんに対して、作成したインタビューガイド（資料6）を用いて行った。インタビューは2015年7月と2015年9月の2回であった。1回目のインタビューでは、問1から問7に沿って節目毎に語ってもらった。問6は、被面接者が節目と捉えた出来事の意味を問う質問に対して、語ることの困難さを示したが、その場で語ることを求めず、約2ヶ月後に2回目のインタビューを設けることで語る場を設けた。インタビュー時間は、1回目が95分、2回目が84分であったが、概ね60分程度で被面接者が話したいと思っていた主な内容が語られており、それ以上の時間があっても語らない内容は、インタビューによる言語化は困難であると判断した。その他の質問に対しては、言語化をしていたため、インタビューガイド（資料6）の質問項目は妥当であると判断した。

4) データ収集期間

研究倫理審査委員会の承認後から1年6ヶ月間。

5. 分析方法

Smith, Flowers, Larkin (2013) のIPAの6段階を参考にするとともに、第1段階から第5段階まではSmithらの方法に沿って進めたが、第6段階は本研究のデータの特性に沿って経験年数ごとにキャリアのテーマを見出した。

1) 第1段階の分析 (Reading and re-reading) : 繰り返しの精読

IPAの第1段階は、オリジナルデータに没頭しデータを繰り返し読むことに尽きる。その理由は、オリジナルデータには、分析の焦点となる研究参加者の重要な部分が含まれているからである。

手順として、最初書き起こしたトランスクリプトを少なくとも1回は録音機で聞くとされるが、録音されたICレコーダーからトランスクリプトを書き起こしながら参加者の声の抑揚や間に注視しながら聞いた。そして、書き起こされたトランスクリプトを繰り返し繰り返し読む間、参加者の声と表情、インタビューした部屋の空間を想像した。この時、再びインタビューの流れ、リズムを掴んだ。インタビューの一連の流れには、一般的に開始時、中盤、終盤の傾向がある。通常の傾向として、開始時は一般的な内容で幅広くトランスクリプトのトーンが形作られる傾向にあり、中盤になる心の葛藤など詳細な出来事になり、インタビューの終盤には話を要約しようとするため、いくつかのことが統合され、

まとまっていく傾向がある。トランスクリプトを繰り返し読むことは、区分した語り部分がどの様に結合し、どの様にインタビューが構成されていたのかの理解につながるとされている。例えば、出来事が起きた年代別に整理することで全体的な話から“ライフストーリー”に埋め込まれた特定のパターンに移行する特別な経験が示される可能性を秘めていることや、参加者と分析者のラポール形成過程の追跡によって、インタビューの中ハイライト部分、逆説や矛盾部分が浮き彫りになる。

書き起こした個々のトランスクリプトにも開始時、中盤、終盤に同様の傾向が見られたことを確認した上で、再び参加者の声を想像しながら繰り返しトランスクリプトを読んだ。常に出来事の語りには看護師の経験年数が対になって語られており、いずれも中盤以降には、具体的な事例を語る過程を経ている。

2) 第2段階の分析 (Initial noting) : 最初のノート作成

第2段階の分析は、1行毎に読んだテキストにテーマを同定していくため、最も詳細な作業であり時間を費やすとされる。この段階は、第1段階と第2段階は並行しながら行うこともあるが、今回は第1段階の分析過程を没頭してたどることが第2段階の分析を円滑にすることをねらい、区別して実施した。意味ある内容や探索的に使用されている言語にたどり着くために、分析者はオープンマインドを継続しながら、トランスクリプトの中にある関心事を記録していった。

手順として、トランスクリプトをノートに書き始める前に、3列の欄がある表を作成し、中央列にトランスクリプトを書いた。次に、右列の余白にトランスクリプトへの具体的な記録として、記述的コメント、言語的コメント、概念的コメントの3段階を書き込んだ。記入時、言語的コメントは赤色、言語的コメントは緑色、概念的コメントは青色で示し区別した。左列の余白は、新たなテーマを次の段階で書くため空白にした。

第1に記入した記述的コメントは、一般的に参加者が話した事柄や内容でキーとなる対象、出来事、関係、過程などに焦点を当てた。そして、参加者が語ったキーワード、節、音の切れ、感情的反応などを記録した。参加者の会話を表面的に受け取り、話し手の思考や経験を構造化している出来事が何かに焦点を当てるよう心がけた。

第2に記入した言語的コメントは、参加者が使用した特別な言葉を探ることに焦点を当てた。そのため、代名詞の活用、発言の中断、笑い声、時制、復唱、抑揚、流暢さの程度（明瞭か口ごもるか）、メタファーの活用等、明らかに興味深い内容には注意を払い描写を強調した。その際、感情的に語った箇所が複数見られたため、強い語気で語ったト

ランスクリプトは強調文字、声が震えながら語ったランスクリプトは波線を引いた。

第3に記入した概念的コメントは、疑問文形式で記述し、疑問詞と概念的レベルを結びつけることを通して、注意を払いながら参加者の世界に焦点を当てて書いた。外側から持ち込まれた知識による解釈よりも、参加者の言葉に注意しながらその言葉から現れた解釈や直感による解釈を大切にした。そのため、自分自身が参加者に引き寄せられているか否か立ち止まり、自分がなぜコメントをしたのかという理由も記入した。

以上が、ランスクリプトへのコメントを記入する3段階の分析過程であるが、最後に、最初のノートに書かれた内容を概観した。

3) 第3段階の分析 (Developing emergent themes) : 発展的に浮上してくるテーマ

第3段階の分析は、探索的にコメントを分析し、浮上してくるテーマを明確にした。テーマとは、ランスクリプトの小さな塊に付されるフレーズのことである。インタビューにおける語りの流れには分散的なものも含まれているため、ここでは最初のノート作りの全過程を通して学んだことを想起し、データの再組織化を行った。この段階での分析対象は、ランスクリプトとノートへのコメントであるが、一般的に、これまで作成したノートの方に分析の比重がかかりやすいと言われている。データからテーマを表す際、参加者が用いた用語の複雑さを保つ一方、細部のボリュームを減らしながら、第2段階で記入したコメント間にある相互の階層的関係やパターンを活用しながら、テーマを発見していった。ここでは、オリジナルランスクリプトにあるメタファーや繰り返される特徴的な言葉、言い切るような強い言葉が基軸となりテーマと結合することによって、解釈的循環が出現しており、分析者の解釈もまたテーマに反映されていった。IPAでは解釈と現象の両方が重要であることを忘れず、分析の各段階を進み参加者との共同的努力によるテーマとして発見していった。

なお、予備調査において、第1段階の分析から第3段階の分析の過程を経て、次の3点を加えた。まず、第1段階の分析において、筆者がランスクリプトに埋め込まれている意味に気づくため、書き起こした内容をランスクリプトのみとせず、参加者と出会った時の場や印象、インタビュー開始前の雰囲気、インタビュー終了後から別れるまでの概要も欄外に可能な範囲で書き留めることとした。また、第1段階の分析において、本研究の参加者が、臨床経験10年以上であることから、病棟や病院を異動している経験があり、これが節目として多く語られる可能性をふまえ、ランスクリプトのみでは時制が混乱することが予測された。そのため、インタビューガイドの間2で記入した矢印や言葉をもとに、

トランスクリプトの最後に参加者の年表を記載し、経験年数と節目での出来事が可視化できるようにした。

4) 第4段階の分析 (Searching for connections across emergent themes) :

浮上したテーマ間結合の解明

第4段階の分析は、浮上したテーマ間をつなぐ関係の発見であるため、テーマを配置し、結合関係を表した表を作成した。しかし、ここでは第3段階の分析で発見された全てのテーマを用いるとは限らない。

第1に、全テーマを語られた順にリスト化し、リストを丁寧に見つめた。いくつかのテーマは、マグネットのように他のテーマを引き寄せる可能性があるため、このマグネットのようなテーマが基軸となるよう色をつけておいた。

第2に、リスト化した各テーマを編集するために、類似しているテーマを同じ場所に寄せ、異なるテーマとは離しながらそれぞれの群を集約していった。これらの群の並べ順は、インタビューガイドの間2で活用した時間軸に沿って、原則的に経験年数順に行った。これらの群の集約に際し、トランスクリプトとの一貫性を保つことができるよう確認し、相違があった場合には再編集を行い基軸となるテーマを洗練した。このような過程を経るためには、以下の(1)から(7)の補助的技法を用いて分析を進めた。

- (1) 要約 (Abstraction) : 類似しているテーマをまとめ、その群に新たな命名をする。
- (2) 包摂 (Subsumption) : 要約と似ているが、テーマに関連するシリーズを一括する上位に位置づく新たなテーマを用いる。
- (3) 対極的 (Polarization) : テーマ間の差異に着目し、類似性よりも相違性に焦点を当て、新たなテーマ間の反対の関係の記述を試みる。
- (4) 文脈説明 (Contextualization) : 参加者の語りの中で位置づけられた時点に沿って配置・編集する。これは、浮上したテーマ間の結合を探索するためである。
- (5) 頻度計算 (Numeration) : テーマが現れる頻度を計算する。但し、研究参加者の意味となるキーを解く手がかりになるテーマが1回のみの出現ということもある。
- (6) 言語的機能 (Function) : 新たなテーマは、トランスクリプトの中にある特別な言語学上の機能から検討する。
- (7) 共に導く (Bringing it together) : 上位の方略はまだ相容れず未成熟であるため、共に導くことが重要となる。

第3に、基軸となるテーマを言語化すると共に各テーマを導いたトランスクリプトとその解釈をそれぞれ記述した。テーマの言語化においては、マグネットとなったトランスクリプト内のキーワードを他の用語と区別しておくために「 」で記した。これは後に行う分析においてキーワードを発見しやすくし、参加者の語りそのものであるトランスクリプトから分析者が離れないようにするためであった。インタビューにおいて十分な聞き取りができていないことによる解釈の限界が生じたが、その箇所は2回目のインタビューで確認できるよう合わせて疑問点を記述しておいた。

以上の過程を経て浮かび上がった、第4段階のテーマとそれを導いたトランスクリプトおよび解釈の信用性を得るために2回目のインタビューで参加者に提示し渡した。提示方法は、参加者に紙媒体で一部渡し、分析者が言語化したテーマの順番ごとに、テーマ、トランスクリプト、解釈の順番に読み上げた。解釈およびテーマについて、参加者が円滑に言語化できなかった語りが解釈されていることを共に確認する一方、微妙な解釈の不一致も発見し解消した。また、聞き取りが不十分なために解釈も不十分になった箇所をそのまま伝え、追加のインタビューを行った。2回目のインタビュー内容は、再び第1段階から第3段階までの過程を経て、第4段階へと統合した。

5) 第5段階の分析 (Moving to the next case) : 次の事例に移る

第5段階の分析は、次の参加者のインタビューを進めトランスクリプトを記録した。そして、この第1段階から第4段階の過程を繰り返し行った。この時、分析過程で得た自分自身の用語をもとに次の事例に取り組むことになるが、最初の事例分析により浮かんだ考えや参加者が所属する病院の立地や規模、設置主体がもつ特徴から生じた先入観に影響を受けてしまうことがあった。そのため、2事例目以降の分析は、忠実に行えるよう、1事例目の分析から浮かんだテーマや考えを括弧に入れることを意識した。また、このような先入観を最小限にするために、第4段階の事例分析を終えた後、次の事例に移ることを規則化した。

6) 第6段階の分析 (Looking for patterns across case) : 事例横断的パターンの解明

第6段階の分析は、Smith, Flowers, Larkin (2013) によると、事例を横断する際、第4段階までの個々の事例で分析されたテーマの表を比較し「事例を横断して結びつけているものは何か」「異なる事例を解明していくのをサポートするものが、1事例のテーマ中にどの様にしてあるのか」「最も説得力のあるテーマはどれなのか」という分析者の理論的視点から、共通してみられるテーマを見出していくとされている。

本研究においては、まず、全ての事例の分析から浮上したテーマからつながりを探索していくために横軸が参加者、縦軸が第4段階のテーマとそのキーワードを時系列に並べた一覧表を作成した。次に、「各研究参加と研究者が節目と捉えた時点の過去の出来事が、現在もしくは未来に向けて意味づけられたことは何か」、「現在の出来事が未来に向けて意味づけられたことは何か」という視点で一覧表を探索的に眺め、明らかにパターンを成さないテーマが浮かび上がった一方、明らかに一定のパターンを成す群が浮かび上がった。この群に対しては、表内に Super-Ordinate テーマを記入する覧を設けた。Super-Ordinate テーマを導く過程では、テーマに表された用語のみを手がかりにパターンを発見することなくテーマの背景にあるトランスクリプトの解釈をもとに分析を進めた。しかし、分析者は参加者が経験した出来事の意味ではなく、経験した出来事をテーマにしてしまうことにしばしば陥った。そのため、この問題解決に向け一覧表を活用した分析方法を終了し、パターンを成している各事例のトランスクリプトの熟読に戻った。そして、トランスクリプトを繰り返し読み、分析過程で記したキーワードを基軸にパターンを成す群に該当するトランスクリプトを精選した。精選した各トランスクリプトの解釈を行い、複数の解釈を分析データとして、パターンを成す群ごとに上記の視点に沿ってさらに共通するパターンを解釈し、浮かび上がった結果を Super-Ordinate テーマとした。その後、複数の Super-Ordinate テーマを浮かび上がらせた各解釈を分析データとして、パターンを成す群ごとにさらに解釈した分析結果を Master テーマとした。第6段階の手続きにおいては、他の研究者から Super-Ordinate テーマや Master テーマとそれらを浮かび上がらせた解釈が精選したトランスクリプトと違和感なく一貫しているかを確認しながら分析を進めた。この Super-Ordinate テーマと Master テーマを導く解釈において、分析者の中にある先入観に影響を受ける傾向があったため、常に各事例のトランスクリプトとの往来をしつつ、分析の視点が一貫するように進めた。

6. 信憑性の確保

信用可能性 (credibility) の確保に向けては、正確な記述を行った。そのため、分析過程が辿れるよう各段階の記録を残すとともに、研究者以外の研究者と研究参加者のメンバーチェックを繰り返し行った。具体的には、IC レコーダーから起こした生データ、解釈、テーマが妥当であるか、分析結果が真実を表しているかを研究者以外の研究者に確認してもらった。また、参加者への2回目のインタビューの際、初回の分析結果を提示し違和感が

ある解釈はその場で表現を再確認した。すべての参加者が2回目のインタビューで違和感を修正できたためインタビューは終了とし、その後分析を継続した。

また、確認可能性 (confirmability) の確保に向けて、解釈がデータから直接引き出されていることが読み手にもわかるように記述した。そのためには、厚い記述 (thick description)、すなわち、記述されている内容を読んだ時、経験したような感覚になるような記述に努めた。これにより、分析の信憑性を確保した。

7. 倫理的配慮

1) 研究参加に対する自己決定の権利保障

本研究は、病院に継続して就業しているキャリア中期にある看護師を対象とするため、第1に、施設長または看護管理責任者に対して「研究協力依頼書」(資料1)により研究協力の依頼を行い、施設控え「承諾書」(資料2)、研究者控え「承諾書」(資料3)をもって協力への承諾を得た。第2に、承諾が得られた施設の研究倫理委員会の承認を経て、参加者への依頼を進めた。承認が得られた後、「研究協力のお願い」(資料4)を必要な病院には院内掲示板に掲示してもらい、看護管理責任者から該当者へ研究目的・方法・内容・倫理的配慮・研究の公表方法などを記載した「同意説明文書」(資料5)の配布により研究参加者を募った。第3に、研究参加希望者に対しては、「同意説明文書」(資料5)と「インタビューガイド」(資料6)、「研究への参加についての同意書」(資料7)、「同意辞退書」(資料8)を提示し、対面による説明または参加者の希望により郵送による書面をもって理解を求めた。その際、自己決定の権利があること、拒否により職業活動に支障をきたさないこと、途中辞退を希望する場合は、電子メールにより意志を伝達するか、同意承諾時に渡し済みの「同意辞退書」(資料8)の返送により可能であることを説明しながら依頼した。また、研究参加への同意については、説明直後に「研究への参加についての同意書」(資料7)を受け取らず、後日郵送をもって承諾としたが、すべての研究参加者の希望により、説明直後に提出された。

2) 研究参加による不利益の排除

研究参加者への不利益として推測されることは、インタビューに伴う個人の時間消費であった。必要なデータを最小限の時間で収集することは、参加者の負担を少なくする。そのため、研究者の面接技術向上に向け、予備訓練を行うとともに、これを通して使用するインタビューガイドの洗練を図った。また、研究に参加した場合、職務に影響しない時間

と場所でインタビューを設定するとしていたが、研究協力病院の配慮により、勤務時間内の設定もあった。また、所要時間が分かるよう「研究協力のお願い」（資料4）と「同意説明文書」（資料5）の説明文に第1回のインタビューが約60分から最大でも90分、その後、分析結果の確認の面接は、参加者に違和感が生じない結果となるまでであることを記載し、口頭説明も行った。さらに、研究参加への拒否が日常の職業活動に影響を及ぼすことがないということをインタビュー開始前に口頭説明し、承諾を得た。インタビュー時の内容が他者に聞こえることのないよう、インタビューは個室の空間を確保して行い、インタビューガイド（資料6）の質問項目に対して、話したくない内容は話す必要がないことも説明し、「研究への参加についての同意書」（資料7）の返送があった後に開始した。これにより不利益を回避した。

3) 研究参加者のプライバシー・匿名性の厳守

本研究に研究参加者が協力していることが病院内で特定されないよう、研究参加への意志は参加者が、直接、研究者の電子メールに連絡する形態をとった。参加者が個人の電子メールや電話による連絡を希望しなかった場合、看護管理者を介した。これにより、いずれの看護師が研究に参加しているのか、参加者の承諾の範囲で施設内に流出することはない。また、データは、参加者およびそれに関わる人々の特定がされないようなデータ処理をした。具体的には、インタビューにより得られた内容は研究参加者の匿名性が保たれるようにID番号化や伏せ字にしてデータ化する。また、インタビュー内容はICレコーダーにて録音し、書き起こして電子媒体に保存、管理するが、データが流出することがないように、LANに接続していない状態でコンピューターを使用した。さらに、電子媒体に保存する場合は、パスワードをかけ暗号化した。入力した電子媒体や印刷した紙媒体は、研究者の研究室の鍵のかかる棚に保管するが、研究室から持ち出す場合には、匿名性が保たれているデータに限定した。参加者の辞退に対応できるよう、連結可能匿名化とし、ID番号と個人を識別する対応表を紙媒体で作成したが、この紙媒は、研究室の鍵のかかる場所に保管し、持ち出すことはしない。また、分析結果を提示する際、研究参加者にプライバシー、匿名性が保たれているかを確認してもらった。加えて、今後、学会発表や論文掲載後、不必要なデータはシュレッダーにかけ破棄する。これにより、研究参加者のプライバシー、匿名性は保持される。

以上は、武蔵野大学看護学部研究倫理委員会より承認を得て進めた（承認番号2609-2）。

V. 研究結果

1. 本調査のデータ収集期間

第1段階である1名の参加者Bさんには、2016年2月から4月までデータ収集を行った。第2段階は、2016年3月から9月に東京をはじめとする都市部の病院に勤務する5名の参加者CさんからGさんにデータ収集を行った。第3段階は、2016年10月から2017年1月に遠隔地の病院に勤務する2名の参加者HさんとJさんにデータ収集を行った（参加者Jさんは、本名のイニシャルとIが重複するためJとした）。

2. 研究参加者の概要

研究参加者BさんからJさんは、性別が女性7名、男性1名、臨床経験年数が12年2名、14年2名、15年1名、16年1名、19年1名であった。勤務している病院の地域は、東京近郊の都市部が6名、遠隔地が2名、病院の異動経験は、新人看護師から同一病院で異動経験なしが5名、異動経験ありが3名であった。また、勤務部署の異動回数は2回から5回で勤務部署は多様であり、現在の勤務形態は常勤6名、時間短縮勤務者2名であった。さらに、既婚者5名、未婚者3名、子どもを有している者が4名、有していない者が4名であった（表1参照）。加えて、社会人経験を持ち看護師になった者が1名（Dさん）、病院以外の医療施設勤務経験を持つ者が1名（Fさん）であった。

3. インタビューの実施概要

研究参加者BさんからJさんに実施したインタビュー回数は全員2回となったが、2回目のインタビュー時参加者が語り尽くした状況となったため終了とした。1回のインタビュー時間は65分から198分、トランスクリプトの合計文字総数は、23,654文字から53,892文字と個人により異なった。また、インタビューの時間帯は、研究参加者の希望に添い設定したところ、夜間勤務終了後2名、日勤終了後3名、病院施設の配慮により勤務時間内が2名であった。実施場所は、全員が病院内の会議室等であった（表2参照）。

4. Master テーマおよび Super-Ordinate テーマの概要

キャリア中期にある看護師のストーリーとしてのキャリアの共通性を表す Master テーマおよび Super-Ordinate テーマを表3の通りに示した。6つの Master テーマと13の Super-Ordinate テーマが浮かび上がった（表3参照）。

5. キャリア中期にある看護師のストーリーとしてのキャリアの記述

各研究参加者の第4段階の分析で浮上した Super-Ordinate テーマとそれに必要なトランスクリプトを引用しながら、解釈を記述した。表記上の約束事は次の通りである。

第6段階の分析結果により浮上した【Master テーマ】(ゴシック体強調)

第4段階の分析結果により浮上した Super-Ordinate テーマ (ゴシック体)

トランスクリプト (丸ゴシック体) B から J : 研究参加者、O : 研究者

筆者の解釈 (明朝体)

トランスクリプトの頁/行数 (AR 祥南真筆行書体 M)

例) (B-①- 287~300)

研究参加者 B さん 1 回目のインタビューにおけるトランスクリプト 287 行目

から 300 行目

Super-Ordinate テーマに対する解釈 (ゴシック体)

Master テーマに対する解釈 (ゴシック体強調)

状況説明 (AR P 教科書体)、強調文字は、語気の強さ

赤下線 : 記述的コメント 緑下線 : 言語的コメント 青下線 : 概念的コメント

波線 震えながら言う

1) Master テーマ【1. 看護専門職者となった自分の患者に対する責務に気づく】

この Master テーマは、看護基礎教育課程を修了後、新人看護師として就職した初めての部署での出来事が節目となったキャリアを表す。また、このテーマは、2つの Super-Ordinate テーマである、1-1)自分が患者に「このくらい」責任を持っていることに「目覚めた」と 1-2)「患者さんのために」医師と対等に看護師の「見方」で看護するんだから成り立つ。

1-1) 自分が患者に「このくらい」責任を持っていることに「目が覚めた」

社会人経験があり 30 代に入ってから新人看護師として働き始めた D さんが、勤務開始となって 3 ヶ月目頃、泌尿器科の手術を受けた患者を受け持っていた時のことを振り返って語った。

D:6 月にこれはすごい覚えているのは、言われてやるだけの感じだったんですけど、丁度オペ患を持っ
たんです。でオペ患を迎えに行って、一人でもうやって、(略)バルンっていうのを入れてて、戻った
ら 5 キロ、500g だか何だか牽引してくださいって申し送りと言われて、既にピーッて(大腿部にテー
プが)貼ってあったので、あっ、これ引いてんのかなって勝手に思って、どんどん血尿になって、
「ひゃーっ」って、すごい自分で慌てて、ま先輩に言ってすぐ(牽引のおもりをつけて)引っ張って止

まったく事なきを得たんですけど、自分が申し送りをきちんと聞いて理解するっていうことが出来て
ないことに怖くなって、ついてきて、次、一緒についてきて確認してもらっていいですかって（先輩
に）聞いたんです。その先輩がひと言、「あんた学生じゃないんだから、看護師なんだから、自分でやり
なさい！」って、その時初めて、「はっ！」って目が覚めたんです。なんだろう、自覚って言うんですか。
その時初めて33にもなって初めてってあれですけど、確かにそうだなって、自分は免許も取ったんだ
し、いちいち学生じゃないなって思って、それから勉強したんですよ。勉強してなかった訳じゃないん
ですけど、（体が）きつくて勉強できなかったんです。それで、休みの日とかにも図書館、病院にきて勉強
してると、理解すると自信、仕事にも自信が出てきて、大した自信でもないんですけど。前はビクビク
してやってたことが怖くなくなった。何となく先がわかるようになった。勉強したことが実際そこで見
れるし、ちょっと自分に、勉強することによって、あの怖くないんだっていうことが分かったんです。
まずそこが1年目に。

(D-①-23～45)

Dさんは、新人看護師として勤務し約3ヶ月、先輩看護師から「言われてやるだけ」という感覚で働いていた。その3月間には、先輩看護師から指示されたことを行うDさんの姿があり、自分が患者に責任を負う立場にあることにまだ気づいていない。具体的事象として、手術室から泌尿器患者を迎えに行く際、病棟に「戻ったら」「牽引してください」という「申し送り」が理解できないにも関わらず、「これ引いてんのかな」と不確かな知識のまま「勝手に（これで良いと）思って」術直後の観察を続けた。しかし、持続する「血尿」に何が起きているのかわからず、「慌てて」先輩看護師に対処してもらった。対処できなかったDさんは、「申し送り」内容が理解「出来てない」自分が術後の合併症リスクを予測できずに患者を看護することに「怖く」なった。当然「自信」も持てない。「怖く」なったのは、患者への責任を負うために必要な知識がないための予測困難なのだが、Dさんはそのことに気づかず、不十分な知識に対する自分の不安を補うため先輩看護師に手術室の申し送りに「ついてきて」確認することを依頼してしまう。しかし、先輩看護師からは、「学生じゃないんだから」患者に責任を持つ「看護師なんだから」と、「学生」から国家資格を持つ「看護師」という立場に移行していることを諭された。先輩看護師のこの言葉によって、Dさんは、看護師が患者に行う行為は誰かに「ついてきて」もらうのではなく、「自分」が患者の術後の危険性を回避し生命を守る責任を持って関わることだと「はっ！」と「目が覚める」ように気づいたのであった。この気づきによって、自ら「勉強する」行動がとれ、「自信」が持てるようになった。

Eさんは、新人看護師としての勤務開始後のまだ1週間以内の時、がん性疼痛を伴うがん患者に、定時の鎮痛剤を与薬する役割を担当した時の出来事を語った。

E：(略)「あの人に座薬行った？9時だよな」って(先輩が)言って、「いやー今から行くんです」って言ったら、「15分遅れてる、その間その人がどんだけ痛かったかわかるか」って言われたんです。私は15分だしってというのがどこかにあった、やることはわかってたけど、これをやってから行こうかと思ってた。多分それを切り上げれば行けたんですよ。だけど、ここまでここまでって思ってたから、でその「15分遅れちゃってすみません」って言ったら、「私に謝るんじゃない。その患者さんにどうして遅れたのかちゃんと説明して、その15分間痛かったっていう気持ちを自分がわからないといい看護ができない！それがわからないなら明日から来なくていい」って言われたんですよ。それが入職して3日とかまだ1週間とか経っていないくらいのときで、すごいショックを受けて、「あ～来なくていいって言われた・・・」でもなんか、どうしようかな、、、って思って、「来なくていい」って言われたけど、来ないわけに行かないし、で、どうしようかなあ、、、と思って、(略)それでなんか普通に次の日来て、その先輩はいて、何か言われるかなーって思ったけど、別にその時はそれで終わって、特別あとで何か言われることもなかったんですけど。なんか、あっ、このくらい重要な仕事をしているんだなと思って、ていうのをすごい教えてくれた人で、で、なんかそれは一番心に残る (略) 響いた気持ち、響いた言葉ですね。

(E-①-323～347)

Eさんが新人看護師として最初の節目と捉えた出来事は、病棟勤務開始後、まだ1週間も経ていない時期に起きた。Eさんは、担当していた患者への定時の鎮痛剤与薬を先輩から確認されたが、「15分遅れてる」と時刻通りに与薬していないこと、「その人がどんだけ痛かったかわかるか」と患者を主体に捉えていないことを先輩看護師から指摘された。しかし、Eさんは、遅れた理由を「私は15分だしってというのがどこかにあった」と言う。この語りにある「だし」は、15分を「私は先に行く別のことがあり、遅れるのは15分だし」という私自身を主体にした捉えられ方がある。それは、痛みを持つ患者が主体になっていないため、疼痛コントロールをするという看護行為をする上で患者に責任が果たせていないことを表す。一方、先輩看護師が、Eさんに言った「その人がどんだけ痛かったか」「その15分間(患者が)痛かった」という患者を主体にした捉えられ方がある。加えて、15分遅れたことが薬物の血中濃度に影響を与え疼痛コントロールが円滑に経過し

ない原因となり得ることも包含している。それゆえに、「それがわからないなら」とは、患者を主体にして看護を捉えるということが「わからないなら」、与薬という行為が及ぼす影響を考えられないなら、当然「いい看護ができない！」という意味が込められている。この先輩からの「教え」によって、Eさんは、「このくらい重要な仕事」、つまり「このくらい」患者の痛みに責任を持つのが看護師ということに改めて気づいたからこそ、「一番心に残る」出来事になったのであった。

以上の語りの解釈から、いずれも先輩看護師は、看護師と看護学生とは患者の術後の後出血や疼痛コントロールに対する責任の重さが異なることを、当時新人看護師であったDさん、Eさんに諭しており、これが契機となって学生時代に行っていた看護実践との違いを自覚していたことが明らかとなった。学生時代は看護師国家資格を有しておらず学習者として実践しているため、責任を負ってくれる教員や臨床指導者がいる。しかし、新人看護師であっても、看護を専門とする職業人となるため、看護専門職者としての自分自身がその責任を負う。つまり、患者へ看護行為として何を実施するのかに留まるのではなく、実施する行為をどのように実施するのかまで及ぶ。「看護師なんだから」「このくらい」とは、術後合併症の回避や疼痛緩和といった患者に及ぶ危険性や苦痛を最小限の結果に結びつけられるよう、自分で患者の未来を予測して行為することまでが専門職者としての責任なのである。この未来を予測した責任の範疇は、患者を時間軸で見ることができることを表しており、未来予測という先取りだけでなく、過去の経過や現在の経過をふまえてはじめて可能となる。このように患者の過去、現在、未来を連続して見ることは専門職者として当然のことであるが、学習者としての実践経験しか持たない新人看護師になったばかりの頃は、過去から未来を連続して見ることの難しさが生じる。このような、学生時代や新人看護師には見えにくい患者の時間軸を含めた責任の範疇の相違が「このくらい」と表現され、「目が覚める」ような感覚を伴って気づいたことを表していたのであった。このことをDさん、Eさんは節目として捉えていたため、「自分が患者に「このくらい」責任を持つことに「目が覚めた」」を第1の Super-Ordinate テーマとした。

1-2) 「患者さんのために」医師と対等に看護師の「見方」で看護するんだ

現在も手術室で勤務するJさんは、手術室に配属された看護師1年目から2年目の頃に「見方が変わった」出来事を次のように語った。

J: はい。まず、就業時といいますか、自分の節目の1個が外科の先生にすごく認めてもらった時期が
あって、それが1年目の後半から2年目の頭くらい、(O: 年表に1~2年目 外科と書き込む) は
いい、なんですね。それまでは外科の先生は怖くて、どうしようもなくて、で外科の手術につくのも、手
術室の看護師なんですけど嫌でしょうがなかったんですけど、その外科の先生にやっぱり認めてもらっ
て、「Jは外科が預かるから」って言って、外科の手術ばかりついていた時期があったんですよ。

(J-①-5~12)

(中略)

O: そうすると、この外科の先生に認めてもらった、っていう辺りをもう少し詳しく。

J: はい。えーっと、まず皆外科の手術っていうのを敬遠している中で自分を選んでもらった、ま、必要
とされているっていうのをすごく感じて、自分が頑張っただけ認めてもらえる、自分の力を必要として
くれるっていう経緯もありましたし、その外科部長じゃなくてももう1人怖い医師がいて、その医師が肝
臓の切離の手術があったとき、肝臓血管の塊なんで血管を出していくんですけど、その血管の太さに合わ
せてこっちはそれに合った器械を出していたんですよ。であるときにそのオペレーターの怖い先生が
いて、第1助手の先生が血管の太さを見て、「次これ頂戴」ってボソっと言ったときに、その執刀医
だった先生が「それはJが判断するから、何も言わなくていいよ」って言ってきて、あーすごい信頼
してくれてチーム、チームっていうんですかね、1つの歯車としてそうやっていけるっていうのは、こ
んだけ、えーっと仕事がスムーズにできるんだっていうのが、その分手術時間が短くなるし、患者さん
の手術侵襲であったりとか麻酔侵襲であったりの軽減につながるんじゃないかなって思い始めたのがそ
の頃なんですよ。それまでは、先生に怒られるのが嫌とか、(O: うんうん) そういう感覚で手術に若
い頃はいたところを、そこでちょっと見方が変わって、それでどんどん手術室看護にのめり込んでいっ
たというか、きっかけは、ほんと、1年目、2年目くらいの時でしたね。

(J-①-44~64)

(中略)

O: あの、見方がここで変わったってところなんですけど、どういう見方からどういう見方になったの
か。

J: 大雑把に言うと、手術室を出たくてしょうがなかったんですよ。(O: あー) やっぱ、医者に怒られる
し看護って何だろうって思ってたのがその頃。で出だし自分が頑張ったら頑張っただけ認められるとい
うのを知ってからは、もっと手術室で頑張りたい、もっと手術室を極めたいっていう風な見方になったの
がその頃ですね。

O: 極めるとどういうことにつながっていくとか？

J: 極めるってことは、やっぱり自分が若い時に見えなかったんですけど、患者さんの手術っていうのは一大イベントで、人生の中でも大きなイベントで、患者さんにとってどんだけ自分の知識や技術を還元するっていう言い方はおかしいですけど提供して、より良い手術期を乗り越えるかなっていうところに俺はつながるんじゃないかなって感じがしてるんですね。それなので、そうですね、手術、患者さん、その患者さんをないがしろにしたくない、という思いからかもしれないですけど、そうやって自分が節目でそういう風に言われても頑張る。じゃあ頑張った先に何があるのかなって突き詰めてったところが、ここで患者さんに全部つながるんだらうっていうのを、そこで見つけることができたんだと思うですよ。

(J-①-100~119)

(中略)

O: その自信をつけるとか認めてもらえることで、自信が持てたっていうのは、難しい話になったちゃうかもしれないんですけど、仕事をする上でどういう意味があるっていう？

J: すごく大きく言うと、このまま看護師を続けていこうっていうのはありましたし、このまま手術室看護師としてやっていこうっていうきっかけにもなりましたねー。かつ、手術のことをもっと深く知りたいっていうきっかけになったのもその頃だったような気がしますね。解剖の1つ1つ、血管で腹腔動脈から3つ動脈が出て、なんていうのを学んだし、さらにこの先生はこういうクセがあるからとか、こっちの先生はこの系の太さで血管を縛るけど、こっちの先生は1つ細くなるんだよとかっていうのも覚えるようになったりとか、いかに手術がスムーズにいかって考えるようになったのは、やっぱり認めてもらってからの様な気がしますね。それまでは、早く手術終わればいい、早くっていうのも怒られないで何も無いように終わればいいと思ってたのが、よりよくするにはどうしたらいい、この手術がどうすれば良くなるんだ、っていうのを看護師的なところで考えるようになったのは、やっぱり認めてもらうっていうのが1つ大きなきっかけだったように思いますねー。

(J-①-667~684)

新人看護師として手術室に配属されてから「2年目の頭くらい」まで、「外科の先生は怖くて」直接介助をしても「医者に怒られ」という関係でしかなかった。そのため、外科の手術が「嫌でしょうがない」「看護って何んだろう」と思っていた。そして、患者にではなく自分に「何も無いように」つまり、自分が怒られないために「早く手術が終わればいい」としか思えなかった。この時点では、Jさんにとって手術の器械は、外科医が必要な道具、直接介助看護師が必要な道具でしかない。しかし、Jさんは解剖に沿って進められる医師の手術操作に合うように、「腹腔動脈から3本血管が出て」という水準まで「解剖の1つ1つ」を学び続けた。加えて、医師の手術操作の癖も覚えて対応した。その

結果、「怖い」執刀医の手術操作中、「血管の太さに合わせて」「器械を出して」いく介助の流れの中で、執刀医が「それ（器械の選択）はJが判断するから大丈夫」と第1助手が直接介助看護師に指示することを制する発言があった。その発言は、今まで「怒られて」いた医師から「自分が認められ」ていることを表しており、その時Jさんは、学習し続けたことに対して、「自分が頑張ったら頑張っただけ認められる」、怖かった執刀医が直接介助看護師である自分を専門職として「信頼してくれる」と体感できた。当初のJさんは、自分が「何もなく終わればいい」という自分主体の考え方だったが、「患者さんをないがしろにしたくない」、患者さんが居なかったかのようにしたくないという思いを起点に、外科医に渡す手術の器械は、単なる道具ではなく、この「手術（を受ける患者）がどうすれば良くなる」かという、外科医、直接介助看護師の他、患者を含めた目的を持つ道具になっていた。そして、Jさんは「自分の（器械を渡すための）知識や技術」が「全部患者さんにつながる」という患者主体の「見方」に変わっていった。

この「見方」の変化が、外科医師とも「1つの歯車としてやっていける」ことへの気づきを導く。メタファーを用いて表された「1つの歯車」という言葉は、看護師という歯車と医師という歯車が対になって噛み合うからこそ、患者のための迅速な手術終了に向えることを表す。すなわち、直接介助看護師の患者を含む目的を持った円滑な器械出しが、単なる執刀医を怒らせずに手術を早く終わるための介助ではなく、「患者さんの手術侵襲」や「麻酔侵襲」の「軽減につながる」「手術時間」の短縮につながるという「看護師的」な「見方」に変われたことを契機に、Jさんは、医師と対等の立場で患者さんと共に「より良い手術期を乗り越え」られることに気づいたのであった。

Hさんは、卒業後に就職した病院で、最初に配属された外科病棟の師長(トランスクリプトではマネージャーさん)が医師に働きかける姿を見た時のことを語った。

O：そこ（外科病棟）では、こうありますか。一番若い頃（の出来事）というか。

H：その頃は本当に必死でしたけれども、その時のマネージャーさんのこう考えとか、（略）そのマネージャーさんが、こう先生にもしっかり言える方だったんですよ。で、患者さんのためにとって考える方で、患者さんのためなら、いろいろ時間を惜しまずに先生ともやりとりするし、話をする時間を作ってくれる人で、

(H-①-385～393)

(中略)

O：どういう場面がすごくHさんの中にはこう、。

H：あーそうですね。確か、マンマの、マンマの方で、脳メタもある方だったと思うんですけど、その方の例えば、疼痛コントロールとか、今よりも全然、当時は上手く出来なかったと思うんですよね。ましてや脳メタなんかあったら、なかなか家族の人も遠のいちゃったり、なんてことがあったり、やっぱり疼痛コントロール、少しでも穏やかな時間が過ごせれば、脳メタがあっても多少おかしなことを言っても、こう少しでも家族がこうね一歩近づいてくれるようにならないかっていう風に先生とやりとりしていたりとか。うーん、そうですね。あとは、口腔外科の咽頭がんか何かあった方で、病気が早く進んじゃう方で、なかなか口腔外科の先生方はそういう疼痛コントロールには長けてないんですよ。やっぱり。そこで、本当に先生と本気でやり合ったりとかして、ああこういうことしていいんだーって、ふふっ。

(H-①-416～428)

Hさんが最初に配属された部署で節目と捉えた出来事は、「マネージャーさん（師長に該当）」が、「疼痛コントロール」の薬剤調整や、「穏やかな」最期に向けて「家族が」「一歩近づく」必要があると判断した終末期の患者に関して、医師にも「しっかり言える」看護師と捉えたことだった。では、医師に「しっかり言える」看護師とは、何を表しているのだろうか。それは、師長が「患者さんのため」に「考え」、「患者さんのため」なら「時間を惜しまず」に医師と「やりとり」する中で、例えば「疼痛コントロールには長けていない」医師に対して「本気でやり合う」、すなわち、言い争えるまで関係が構築できる程、対等に接していたことだった。Hさんにとって、医師と「本気でやり合う」「マネージャーさん」の姿は、看護師が患者のベッドサイドで直接関わる実践のみならず、「患者さんのため」に患者の意思を主治医に代弁し、患者の尊厳を守る権利を擁護するという看護師の責任範囲の観点からであれば、医師と対等に言い争うことも可能であるという気づきを導いた。だからこそ、Hさんは、医師と「本気でやり合う」ことも「していいんだー」と気づきを表す語りをしたのだった。

以上の語りの解釈は、Jさんが医師と対等の立場で患者さんと共に「より良い手術期を乗り越え」られることに気づき、Hさんが看護師の責任範囲の観点からであれば、医師と対等に言い争うことも可能であることに気づいていることを明らかにしていた。これら2人の解釈は、いずれも医師という他職種とともに取り組む場面での語りから導かれていた。患者の治療方針や治療の進行に伴う看護師のあり方として、患者の術後合併症の軽

減、終末期患者の疼痛緩和、家族との安寧の時間確保のためという患者への志向性をもって医師に働きかけていた。その際、2人の看護師が語った時期は1年目から2年目というキャリア初期であった。キャリア初期は、自分自身が患者に直接関わることも十分にできる実践、できない実践が混在する時期であり、このような時期に「患者さんのために」という「見方」ができるようになったことは、自己の実践が十分にできたか、できないかということだけ限定されることなく、患者にも関心を向けられたことを表す。また、キャリア初期の頃に他職種とともに働くことは困難なことである。Hさんは、看護師長が医師と患者のために「やり合う」姿を見て、これも看護師の実践だと気づく。Jさんは医師の手術手技に合わせた解剖の学習を継続し、患者への目的を持った器械出しを医師に認められた発言をきっかけに、自分が医師とともに働くことができていることに気づく。これらの気づきは、いずれも自らの内省によるものではなく医師という他者からの承認を意図する言葉かけや、師長と医師という他者がやり合う言動を見ることができる状況だったからこそ看護師と医師が対等になれると気づくことができたのである。医師と対等の立場にあることは、Jさんが医師と「1つの歯車としてやっていける」、Hさんが「先生と本気でやり合ったり」「ああいうことしていいんだー」という語りの解釈から導かれており、患者への志向性を持つ職種として相互に認め合えるからこそ医師と看護師が同等の関係にあることを表している。2名の看護師は、医師とはこのような関係で看護できることに気づいたのであった。したがって、第2の Super-Ordinate テーマとして〔「患者さんのために」医師と対等に看護師の「見方」で看護するんだ〕とした。

第1と第2の Super-Ordinate テーマが導かれた解釈から、4名のキャリア中期にある看護師は、就職して早々の頃から2年目の始めくらいまでのキャリア初期に節目となる出来事に遭遇していたことが明らかになった。第1の Super-Ordinate テーマとなった〔自分が患者に「このくらい」責任を持っていることに「目が覚めた」〕にある「このくらい」は、キャリア初期でも特に新人看護師になったばかりの頃の出来事から導かれていたため、学生時代に描いていた看護師の責任の程度とは相違があることを表している。キャリア初期にある看護師たちは、これまでの看護学生から専門職者に移行している只中の時期であり、看護実践力が十分に備わっていないため、患者や家族に対して自分の実践力で負える責任のみが看護師の責任範囲だと自覚してしまう危険性がある。実際に、2名の看護師の語りは、手術直後や終末期といった身体的状態が不安定な場面であるため、時間経過

に伴って看護実践も変化していくことを余儀なくされる。先輩看護師にとっては円滑に看護実践が可能でも、新人看護師単独では難しい。しかし、単独での看護実践が困難な場面だからこそ専門職として現在の自分の知識の不足や時間軸によって患者を捉えながら責任を負えていないこと自覚しやすい。それゆえに、「このくらい」責任があることに「目が覚める」ような気づきは、看護学生から専門職が行う職務として移行する一過程と言える。

また、第2の Super-Ordinate テーマである〔「患者さんのために」医師と対等に看護師の「見方」で看護するんだ〕は、看護師が医師という異なる職種に対して「患者さんのために」という志向性をもって関わっている語りから導かれていた。医師と看護師は、保健師助産師看護師法第31条に定められ業務規定において、診療の遂行では医師が看護師に指示することができる関係にある。しかし、「患者さんのために」行う行為や思考は、医師と同一とは限らず看護師としての「見方」がある。第2の Super-Ordinate テーマの解釈からは、個人の学習の継続や、患者の代弁、患者の尊厳を守る権利の擁護といった看護職者の倫理綱領に規定される職務が現れていることが明らかにされている。これらの職務に対して、看護師としての「見方」が確立されていたからこそ、医師という専門職と対等の立場でその責務を遂行できた可能性が高い。4名の看護師たちは、看護学生から専門職者としての移行過程において、自分の知り得ない看護師の責務があることに気づき、また、その遂行も患者に対する看護専門職者としての責務と気づいたのだった。

よって、第1の Master テーマを【1. 看護専門職者になった自分の患者に対する責務に気づく】とした。

2) Master テーマ【2. 職業としての自分なりの価値を感じられるからこそ看護師を続ける】

この Master テーマは、看護師経験5年目から10年目頃にあった節目でのキャリアを表す。また、このテーマは、2つの Super-Ordinate テーマである 2-1)患者や家族から生きようとする力を「実感」できるから頑張れると 2-2)患者への「思い」が強くなっている自分を感じられるからこそ興味深いから成り立つ。

2-1) 患者や家族から生きようとする力を「実感」できるから頑張れる

外科病棟勤務が最も長い Eさんは、病棟での夜勤が日勤よりも好きであると言う。それは、「自

分の」考えた優先順位で「順繰り」に仕事を進めることが出来るからである。その E さんが、夜間勤務で受け持った術後患者について「すごい」という言葉を繰り返し用いながら語った。

E：(略) だけれども不穏になる患者さんも多くって、昼間はすごい普通なのに叫んじゃったりとか、暴れちゃったりとか、そういうのを初めて見たときには「なんか人間ってすごいなあーって思って、で鎮痛剤、鎮痛剤使って抑え込んだりとかするじゃないですか、で、こういうのってこの仕事してないとわからないし、(略) 不穏になっちゃう人ほど生命力を感じて、どんなに具合が悪くても、チューブとか管とか入ってても関係なくガシガシ動こうとしたりだとか、ま痛いんだろうけど、すごい生命力があるなあーって感じて、ね、もう暴れちゃうと治療ができないから、薬とかそれは使うんだけど、人間って、、、すごいなあーって、漠然と不穏になる度思ってた、あっこの人ってすごい「生きたい」って、病気を持ってるけど「出してくれー」っていう人とかもいっぱいいて、「こんなとこにつないどいて！」みたいに言う人もいて、治療してるんだよって言ってもわからない、話してもわからないし、痴呆は夜間だけみたいな人とかに限ってそうだけど、もっともっと生きたいっていうエネルギーがすごい溢れてて、私は嫌いじゃなかったんですけど、なんかこういう仕事してなかったらそういうのを見てないし、あの一実感できないから、、、やって良かったなって、そこに結びつけるのも変なんですけど。なんか、人間のすごさを見れる職業だなーって、毎回夜勤をやってる時は感じてましたね。うん。(中略)「いやー、迷惑かけちゃてすみません」って言う人もいるんですけど、「いやいやそんなことはなくて、仕様がなくて、でも生きたいっていうパワーが見えて私はいいと思いましたよ」ってお話するんですけど。今はちょっと夜勤ができないからそういうのもなくて残念だなーって思うんですけど。

(E-①-428～462)

E さんは夜間帯に術後せん妄や痴呆で不穏になる患者さんとの関わりから、「人間ってすごい」「この人ってすごい」と人のすごさについて力を込めた語りをする。一体 E さんは何のすごさを夜間帯勤務で感じているのだろうか。「すごい生きたい」「すごい生命力がある」「生命力を感じて」という言葉からも、人が生きていく際の力を感じている。E さんには、その力が「ガシガシ動こうとしたり」というように患者の激しい動きを伴う時に、「エネルギーがすごい溢れ」「生きたいパワーが見える」のである。その時の患者は、術後せん妄や不穏といった平常から遠ざかっている状況にあるが、その場に収まりきらない「エネルギー」や「パワー」に動かされている。E さんがその様な「生きたい」「人間」が「すごい」と感じられるのは、必死に「生きる」ことに向かっている患者と共に自分自身の気持ちもその力に動かされているからであろう。E さんは患者から発せられるエネルギーを同じ空

間で「実感でき」ることが、看護師という「この仕事」の「すごさを見れる」ことと捉えている。そのため、外科病棟勤務ではない現在は、そのような患者の力によって自分の感情が動かされることがなく「残念」なのである。Eさんは、術後せん妄症状のような「エネルギー」を発する患者から同じ空間で「生きる」力を「実感」することができたからこそ、これまで看護師を職業として「やってて良かった」つまり、続けていて良かったと思えたのであった。

Cさんは、緩和ケア病棟での勤務が「ターニングポイントだった」と患者、家族との関わりを語った。そこでの患者や家族との「濃厚な関わり」が自然に「ぱーっと」思い出されてきてしまい、声を震わせながら、時に泣きながら語った。

(以下、強調体は強い語調、斜体部は少し声が震えながらの会話を表す)

C: (略) 希望はしていなかったんですけど、緩和ケア病棟に行く機会があったので、(略)こう緩和っていう看護の考え方が、今までとちょっと全く、なんか全く違う訳ではないんですけど、緩和っていうまた世界に、(略)なんかすごく看護の深さとか、なんかこう看護だけじゃなくて、人が生きていく上でのなんか大切なものとかを、...、こう、何ていうのかな、...、か、感じることができた、...、難しいですね、...、そこら辺が自分のターニングポイントっていうか、節目だったのかなって、...

O: もうちょっとその辺りを詳しく、...

C: なんかちょっとこう、いろんな、...、緩和ケア病棟は、なんかこうちょっとこう濃厚な、関わりが多くて、...、なんか泣いちゃうんですけど、...、亡くなった患者さんもいたんですけど、家族とかもすごい励ましてくれて、...、そうですね、今も思い出すと泣いちゃうんですけど、...

O: ごめんなさい、泣かせちゃって、...

C: あっちょっとハンカチが、あッティッシュを、...

(涙を流しながら部屋に備え付けてあった洗面台のペーパータオルを急いで立ち上がり取りに行き、戻る)

C: 緩和の話をすると患者さんを思い出しちゃって、きつかったんだけど、...、なんかこう、人が生きるとか死ぬってすごい、家族の絆とかを感じたりとか、緩和ケアって、こう、病院って元気になって帰って行くってところが目標、主になるんですけど、緩和っていうのは最後の時を過ごすっていうのが、毎回濃厚な患者さんだったんですけど、でも、すごくこう、何て言いうんだろうな、自分の人生の中で、...、人として、こう勉強になった。何かすいません。いろんな患者さんのことが出てきちゃって、

O: 思い出させちゃって、

C: はい、そこがこう、最近、ここ5~6年前になるんですけど、緩和はすごい衝撃的でした、衝撃って

言うか、あの、いい勉強になったなあっていう。そこらへんでX病院に来てからは、人に支えられたのと、あと患者さん家族にすごくこう支えられたなって思って。こう来たかなって。なんか、すいません、泣くつもりなかったんですけど、なんか患者さんのことが急にパッーっと出てきちゃって。

O：きっと大事にされてきたんですよ。

C：はい、そうですね。そこは、、、うん、それがあったから頑張れたっていうところですかね。いやーもう恥ずかしいー。すいませんー！

(C-①-43～80)

(中略)

C：(略) その人がなんかこう初めは、何だろ「大丈夫、大丈夫」ってしっかりはしてたんですけど、(略) 少しずつこう、うーん自分の辛さを話してくれる場面だとかー、あとその人は何だろう、やっぱり自分の辛さ、死ぬ辛さよりも、その死んだ後に残された家族のことをすごく心配されてて、そのことをすごくこう気にされていた方で(略)、すごいこう自分の身体じゃなくて家族のことを第1に考えてる人だったんですけど、(略) お子さんも実は小っちゃいながらも、お父さんの様子だとか、お母さんが頑張っている様子を見てて、あの初めはあんまりしゃべったりしなかったんですけど、面会も多くなったり、私達も最初照れて、なかなか話せなかったんですけど、でもどんどんどん話すようになって、、、 すごく家族が一丸となっていく様子が、..、なんだろ、嬉しかったし、辛かったんですけど、、、、(略) 初めは本当に おろおろしていた様な奥さんだったんですけど、 芯が通った、人が変わっていく姿っていうのが、、、、なんだろ、すごいなとかって思いながら、、、(略) その短い時間だったけどやりきったっていう思いと、その亡くなった後も(患者に)「自分達は大丈夫だから、心配しないで！」って、亡くなった後も絆って言うか、絆でつながっているのは感じてたので、(略) それは自分にとっては、プラスって言うか、..、うーん、宝って言うか、..、大切なことだなって思って、..、すいません、こんな、泣く、全然泣くつもりじゃなかったのに、すみません、(略)

O：Bさんにとって、どんなふうな宝物、どんなふうがいい物だったのかって(略)

C：自分にとっては亡くなるのは、こう辛いことなんですけど、でもその人がどういう人生を生きたかっていうことが宝、価値って言うか、..、亡くなった後も家族を支えてる存在であったりとか、あの、なんだろ、そういうのは、あの看護って言うか、看護ですかね、看護としても人としてもなんかこうすごい大切なことなんだなって、大切なものなんだろうなって、、、感じてましたね。

O：さっき言った、人としてっていうところ。

C：はい、そうですね。はい。やっぱ、X病院に来て、緩和ケア病棟はちょっとこうターニングポイントだったと思います。はい。(後略)

(C-①-112-167)

Cさんは10年目頃、思いがけず異動先となった緩和ケア病棟勤務で「すごい衝撃的」な出来事があり、それを「節目」「ターニングポイント」という言葉で表す。Cさんが「人が生きていく上での大切なもの」「宝」「価値」「人として、こう勉強になった」「自分にプラス」と表現が定まらないながらも、自分にとって想像以上に豊かな内容が得られたことを表している。「勉強になった」「自分にとってプラス」という表現からも患者や家族から「宝」や「価値」を得ている。それは、患者と家族が死後も生きていくように「絆でつながる」関係性の強さのことである。その関係性の強さは、闘病過程においてつくり上げられ、患者とその妻や子どもといった家族全員が、患者の「良い最期」に向けて変化していく。患者自身は、最初「大丈夫」と苦痛に耐えていたが「残された家族」の「心配」を吐露し、妻は、「おろおろしていた」が「私達は大丈夫」と「芯が通った」人のように振る舞う。子どもも面会時には、家族や看護師と「あまり話さなかった」が、きっと話せなかったのだろう。そして、「だんだん話す」ようになる。この変化は、家族全員が、患者の残された時間を「家族が一丸」となって生きようとするだけでなく、患者が「亡くなった後も絆でつながっている」ことを誘う。そして、Cさんも看護師として「良い最期に向けてどう接していったら良いかを一生懸命考えて」模索し続けていた過程があった。その結果、Cさんは家族が患者の身体がなくなっても、見えない「絆でつながる」ことによって生きようとする力を持つことができたとして理解した。そして、「看護だけではなく、人としての」「価値」、すなわち、人にはこれ程までに生きようとする力が備わっていると知ることができたのである。Cさんにとっては、死に向かいながらも生に向かおうとする、逆説的な人の持つ力を初めて「感じ」られたからこそ、その患者や家族に「支えられて」「頑張れる」、ここまで「やって来たかな」と看護師としての自分の過去を認められるように思えたのである。この様に、患者や家族の生きようとする力をCさんが「感じ」られたことは、自分自身が看護師を続けていく原動力になっており、これを「ターニングポイント」と語っていたのであった。

以上2人の語りの解釈は、Eさんが、術後せん妄症状を呈する患者の「エネルギー」から「生きる」力を「実感」しながら看護師を続けていたこと、また、Cさんが、ターミナル期にある患者や家族の生きようとする力を「感じ」られたことが、看護師を続けていく原動力になっていることが明らかになった。これら2名の看護師は、いずれも患者の生命が危ぶまれる状況に関わっていたが、その頃は約5年から10年の実践経験を持っており、この

様に不安定な患者に対しても標準的な看護実践は可能な時期であった。新人看護師であれば、標準的な看護を実践することで精一杯な自分自身にもかなりの志向があるが、経験年数のある C さん、E さんは、既に標準的な看護は実践できるため、患者や家族の発言や行動に「すごい」志向性が向けられる。そして、彼らの側に立った感覚まで同一になろうとする。だからこそ、同じ空間に居るだけで彼らの生きようとする力を同じように「実感」してしまうのである。その「実感」が、患者や家族の生きようとする力から C さん、E さんにとっては看護師として頑張れる力に変わっていく。各々の看護師が自ら意図的に頑張るのではなく、患者や家族の生きようとする力を「実感」できたことに附随するようにしてこれまで看護師を職業にしてきた自分を承認でき、この先(未来)の頑張りをもたらしていたのであった。したがって、第1の Super-Ordinate テーマとして「患者や家族から生きようとする力を「実感」できるから頑張れる」とした。

2-2) 患者への「思い」が強くなっている自分を感じられるからこそ興味深い

D さんは、「悲しい」「嬉しい」「嫌だな」「だから楽しい」という感情を表す言葉を多用して、患者との関わる上で、感情をコントロールすることの難しさについて語った。

(斜体部は、少し声が震えている)

D: 何年目だったかな、10 年目近かったと思うんですけど、忙しさにかまけて仕事はこなせるのに、人の立場っていうか、患者さんの立場に立ったことを考えてないなって思ったんです。慣れってあるでしょ、何かこの仕事やってて。何回もステルベンとかをやって、処置して、悲しいんですけど、こんな風に涙流してその都度涙流してたら仕事にならないっていうか、でも忘れちゃいけないっていうのも都度都度思っていたけど、でも忘れてるんですね。

(D-①-345~351)

(中略)

D: そうですね。何か、何かね、すごくね、暴力振るわれたりってこともありますよ。ハラパン食らったりとか、いろんな人はいますけど、でも続けてるのは、まあすごく返ってくるものが大きいからとか。すごくかわいいおばあちゃんとかいるじゃないですか。すごく痒いって言われて、ちょっとちょっと冷やしてあげて、「すごいあれから眠れたのよってー、ありがとうー」って言われた時には嬉しくて。何かでも何かでも私も感情が出ちゃうからあれなんですけど、(略)何かその人身内の様に思っちゃって、本当は私看護学校の先生が、平等に扱わないといけないって、患者さんは平等にって教わって、どの患者さんを特定とかではなくて、平等にって感じできて。でも、どうしてもその人には親しみが湧いちゃって、

私、見ているといずれ亡くなるっていうの分かるじゃないですか、すごいさっきみたいに泣きそうだなって、嫌だなんて、結果亡ったんですよね、喘息も持ってて、ちょっとちょっとね、看、看取りたいっていうのと看取らなくてほっとしたっていうのとありましたね。すごい感情ってこの仕事って出てくるなっていうか、だから自分、、、何ていうのかな、、、感情のコントロールを逆にしなくちゃいけないと思うんですよね、仕事しているうちに、だけどあんまりコントロールしすぎるとさっきみたいに患者の思いをね、、、そこ難しいなと思って。

O:そうですね、、、

D:でも、だから楽しいんでしょうね。そういうこと色々考えられるから、とは思います。もっと早くこの仕事やってればよかったなって、思いますけどね。(略) あとは、、、あーそう、そうこれ、よくステルペンに当たる時、ってあるじゃないですか。(O:はいはい) よくついてるっていう、お祓いいこうかって。(O:はいはい) 続いてたから自分が落ち込んでいたんですけど、先輩に言われたんですけど、すごい年配の看護師さんに、「それはね、あなたが、あなたに最後看取って欲しいからなのよ。だから落ち込むことはないのよ」って言われて、ああそうかって、気が楽になって。じゃあ最後きちんとお見送りしようって気持ちを切り替えられたのは先輩のおかげだった。だから後輩も落ち込んでる時に同じ様に言うようにしてるんです。私が救われてる。

(D-①-372~407)

Dさんは、患者から「暴力」や「ハラパン」チを振る舞われたりした経験を持っている。当然、このような患者からの行為には、ネガティブな感情が伴う。しかし、Dさんは、ネガティブな感情は、暴力的な行為とは正反対の行為からも生じるのだと語る。「かわいいおばあちゃん」に冷電法を行い「ありがとう」とお礼を言われ「嬉しい」というポジティブな「感情が出ちゃう」ような患者に対しても、一方でそのような「思い」が強くなってしまくと、その患者が「亡くなる」ことが避けられない病状に陥った場合、Dさんは「泣きそうに」なり、「嫌だな」とネガティブな感情が湧き出てしまう。このように、Dさんは、例え同じ患者であっても、ポジティブな感情とネガティブな感情の両方があり繰り返し感じてしまう。しかし、それは「この（看護師という）仕事」だからこそ繰り返されるのであり、感情をコントロール「しなくちゃいけない」と言う。だが、コントロール「しすぎると「患者の思い」が忘れ去られてしまう難しさがある。

Dさんは看護学生の時、教員から原則として患者へ「平等に」関わるよう教わっていた。繰り返し「平等に」と言うその背景には、常に、「平等に」関われるよう意識しつつ「感情のコントロール」をしているが、「平等に」から逸脱してしまう時、すなわち、患者と関わ

り自分の様々な感情をコントロールできない時は、「患者の立場に立って」患者の「思い」が「すごく返ってくる」から「いろいろ考えられて」「だから楽しい」し看護師として「救われている」自分もいることを表している。Dさんは、患者から感じられてしまう自分のポジティブな感情もネガティブな感情もすべて看護師としての楽しさにつながっていると捉えており、このことは、「もっと早くこの仕事してれば良かった」という言葉からも、会社員として働いていたDさんが、過去の職業と比較して看護師は、患者に抱いてしまう多様な「思い」があるからこそ、現在も楽しく働きつづけられることを語っていたのであった。

Eさんは、外科病棟から希望ではない泌尿器外科病棟に異動したことを契機に、5年目頃に看護が「楽しかった」「おもしろかった」と「一番の転機」であったと思えたことを次のように語った。

E：・・・やっぱり看護師も異動があるので、ここから泌尿器の、泌尿器外科に移って、で、泌尿器外科に移った時は「すごい嫌〜」だったんですよ。なんかやりたいことでもないし、泌尿器外科ってピントこなくて、イメージも湧かなくて、あーなんか辞めようかなーと思ったのが1つここで、（中略）で泌尿器に行ってみたらここがすごく楽しかったんです。ここが、これが一番の転機というか、（中略）とても、あー看護をしているんだー自分はって、（略）その泌尿器に移ってから、まあ5年経ったから自分の中でどういうことをしてたらいいとか、患者さんとの距離とかもわかってきて、っていうのもやりやすくなってきたっていう要因なんだと思うんですけど、何かこの時に、、、何ていったらいいのかな、、自分がこうすることで患者さんってすごく良くなっていくんだとか、あの一私、私って言うとか、看護、看護によって患者さんが変わるんだというのが発見できた時期だったんです。5年いたのかな？4年から5年いたんですけど、この時が節目というか、（中略）この時に看護ってやっぱりすごく面白いって認識したのと、やっぱり看護をすることでお医者さんだけでなく、なんか看護師が入ることでやっぱりチーム医療ができるんだなって実感した時期ですね。

O：具体的にその時期ってどんな、患者さんが変わって。

E：（略）えっと今でもすごい覚えているのは腎がんの患者さんで、（中略）すごい怖いとつきにくいおじさんって人だったんですけど、最初は話さなくて、ちょこっとしか話さないんだけど、ドンドン話していくと、若い時はこうだったんだよねとか、本当は治療を、本当は痛かったからもっと早く来れば良かったんだけど、腰痛だと思ってて、腎臓だとまさか思わなくて、とかいう話をしたりだとか、あ、ドンドンこう話してその人のために何かやっていってあげたいっていう思いが強くなっていて、（中略）でもやっぱり病気が進んでいたんで、状態的には体の状態的には悪くなってしまって、抗がん剤やっ

たり痛み止め使ったり、(中略) 奥様とも仲良くなって、その娘さんもいたんですけど、もう家族で最後
看取ってあげた人なんですけど、で亡くなったんですけど私も悲しかったんですけど、家族はすごく私だけ
じゃなくて、その看護婦さんにすごくよくしてもらった、この病院に来て良かった、ってすごい泣いて何
回も来てくれたんですよ。亡くなってからも葬式終わりましたとか、1年経ちましたとか、手紙も書いて
きてくれたりとか、何かそれはすごく覚えているんですけど。そういうのを重ねていって、おもしろい
な一、この仕事おもしろいな一、おもしろいって言い方が合ってるかわからないんですけど、自分
には合ってるのかな一っていうことを思っていて。 (E-①-7~66)

Eさんは、5年目の時、希望ではないが泌尿器外科病棟への異動を命ぜられた。泌尿器外科病棟の看護が「ピンとこない」し「イメージも湧かない」のだが、ここでの患者との関わりから、「これが一番の転機」となり、「看護によって患者さんが変わる」楽しさを「発見」した。この時のEさんは、5年間で「患者さんとの距離」のとり方がわかってきたと言う。つまり、「距離」とは患者と自分の間の援助における人間関係の構築の仕方のことである。この構築の仕方が、「自分の中でどういうことをしていったらいい」のかがわかってきたのであった。実際に、一見「とつきにくい」という「思い」を抱いた患者に対して、臆することなく「距離」を縮めるために「ドンドン」話をしていく。「ドンドン」という表現を繰り返すEさんは、自分が積極的に関わることで、患者も話をするようになり、次には「何かやってあげたい」という「思いが強くなって」いくのであった。「ドンドン」という勢いのあるEさんの表現と比例するように「思い」の強さも増し、患者のみならず家族への関わりにも拡大していく。患者と「ドンドン」関わった分だけ看取りでは「悲しかった」感情が付随してしまうのだが、Eさんは、自分が患者や家族に抱いてしまうこのような感情が、関わり方に直接結びついてしまうことも語る。語りの最後に、「おもしろい」と3回も連呼するが、Eさんは、患者が亡くなった時に抱く「悲しかった」感情を「おもしろい」仕事と捉えているかのような表現に一瞬の違和感をもち、「自分には合っている」と言い直す。それは次のような意味を含んでいる。Eさんは、自分の中でこの様々な感情が湧き起こっては沈み込み、そして関わり方も変化していくことを感じられる「この仕事(が)おもしろい」と捉えているからこそ、最初は「すごい嫌～」でピンとこなかった泌尿器外科病棟の勤務を辞めず「一番の転機」となる「看護をしてるんだな一」と思える実践ができたのである。

以上の語りの解釈から、Dさん、Eさんは、自分の感情をコントロールしながらも喜怒哀楽が湧き出では沈み込んでいることを感じ、その感情があるから看護師という職業をDさんは「楽しい」、Eさんは「おもしろい」から続けていることが明らかになった。また、2名の看護師たちは、自分の感じた感情の対極にある感情が湧き起こってくるにも関わらず、感情のコントロールが破綻することはなかった。それは、困難感を抱いていながらも「だから」こそ、とポジティブな感情として捉え直していたということも明らかになった。Dさん、Eさんは、約5年目から10年目の時期であったため、患者との関係構築の仕方も自分なりにできるようになっており、看取り場面や時には暴力を振るわれるといった困難場面も複数遭遇していた。このように、あらゆる場面の患者・家族との出来事は特別なことでなく、その出来事に対して湧き起こってくる患者・家族への「思い」から生じる自分自身のポジティブな感情、ネガティブな感情の方が浮かび上がり、積極的に関われば関わるほどさらに感情が増幅してしまうのであった。その増幅した自分の様々な感情を感じられていることは、決して困り事として捉える語りではなく、看護師という職業を続けていると感情が生じてしまうことに興味が深まっていることを表していた。そこで、第2の Super-Ordinate テーマとして「患者への「思い」が強くなっている自分を感じられるからこそ興味深い」とした。

以上4名の解釈から、第1の Super-Ordinate テーマとなった「患者や家族から生きようとする力を「実感」できるから頑張れる」では、看護師たちが患者や家族という看護の対象者から発せられる力に対して感じていた。一方、第2の Super-Ordinate テーマとなった「患者への「思い」が強くなっている自分を感じられるからこそ興味深い」では、看護の対象者ではなく、その対象者を思う自分自身に湧き起こった感情を感じていることが明らかになった。第1の Super-Ordinate テーマを形成したCさんは、ターミナル期にある患者や家族がともに作り上げた生きようとする力を「大切なこと」「すごい」「宝」などの表現を用いており、Eさんは、術後せん妄症状を「生きる」力として感じられる看護師だった。第2の Super-Ordinate テーマを形成したDさん、Eさんは主に看取りに向かう場面で湧き起こる多様な自分の感情を感じ取っていた。このように、各々の看護師にとって感じている現象や感情の表れ方も異なっている。つまり、自分にとって価値あるものでなければ感じるものがなく、価値あると位置づけられたからこそネガティブな感情が湧き起こることに対しても自分なりに価値づけができた可能性が高い。患者や家族という看護

の対象者と関わる時に、対象者から発せられる感情も、自分が発している感情も、すべてを感じられるのが看護師と捉えた職業的な価値と言える。そして、これら全ての看護師が、自分で感じられたポジティブな感情もネガティブな感情も職業として「興味深い」し「頑張れる」という未来に向かった継続を示唆する表現を用いてテーマが形成されていた。

したがって、第2のMasterテーマを【2. 職業としての自分なりの価値を感じられるからこそ看護師を続ける】とした。

3) Master テーマ【3. 自分なりの看護実践がつくりあげられていく】

このMasterテーマは、看護師経験約5年目から10年目以降にあった節目でのキャリアを表す。また、このテーマは、2つのSuper-Ordinateテーマである3-1)患者や家族に対して「前はそこまで思わなかった」ような考え方で関われると3-2)どんな時でも「自分のこのケア」ができるようになってくるから成り立つ。

3-1) 患者や家族に対して「前はそこまで思わなかった」ような考え方で関われる

Eさんは、8年目頃までは泌尿器外科病棟に勤務していた。その後、第1子の妊娠・出産の後、育児休暇からの復帰では内科系病棟で時間短縮勤務となり、その頃のことを語った。

トランスクリプト①（育児休暇後／10年目）

E: あと、出産したあと、出産してから戻ってくるのに1年半、1年半で戻ってきたんですけど、あのー
病院自体が新しくなって、あのーコンピューターも初めて入っていたし、やり方も全然変わっていたり
とかして、1年半で使ってる薬も全然違ってジェネリックになって、全く本当に何もわからない状態で
また戻ってきたので、そこもすごい大変だったんですけど、、、だけどなんか子ども産んでからの方が、、
産んでからまた仕事戻ってきた時の方が、あのー、なんていうかー患者さん側に立てるなーというか、家
族がいるっていうのがすごい自分とちょっとつながったりして、お孫さんとかが、入院している方のお孫
さんとかが来て、おじいちゃん、おじいちゃんとかって言っていると、なんかいつもは辛そうにしているの
にその子が来ている時だけはすごいニコニコしてたりとか和やかになってると、こっちまで胸が熱くなっ
て、なんかそんなの結婚する前とか、子ども産む前とか、そこまで思わなかったけど、なんかそちら側に
立って考えらえるというか、なので、ま転機というか、変わったこと、自分の中で変わったこと。そこも大
きい。

(E-①-79~93)

第一子を出産し育児休暇から内科病棟勤務に復帰した E さんは、「結婚する前」「子どもを産む前」「子どもを産んでから」「出産してから」「出産したあと」というように、出産前後の時間を明確に区別して語る。出産前後の区別の一つには、「病院自体」の建て替えや「コンピュータ」による電子カルテ導入といった物理的環境が「変わって」いたことがある。しかし、E さんにとっては、「そこもすごい大変だったんですけど」と言うように物理的環境の変化とは違い、もう一つ、E さん自身が「変わったこと」が「大きい」「転機」と捉えている。E さんにとってのこの大きな転機は、物理的環境の変化の語りに比べ E さん自身も言葉を探りながら語られており、「あの一、なんていうか」「というか」「なんか」という言いよどみをきっかけに「患者さん側に立てる」「そちら側に立って考えられる」という「側」が現れてくる。自分とは異なる「側」の場面とは、患者側が「辛そうにしている」表情から「和やかになっている」表情を見て、自分の側も「胸が熱くなる」という感覚や感情で「ちょっとつながったり」するような変化であるという。出産前は「そこまで思わなかった」、すなわち、現在はそこまで思える感覚や感情があるほど、出産前後という時間を境にして生じた転機が「そちら側」「患者さん側」という言葉にある。以下に具体が語られた。

トランスクリプト②（育児休暇後／10年目）

E：育児時間（時間短縮勤務時間のこと）短いので、今までやってたような患者さんを5人受け持って血圧測ったりやり取りするっていうよりは、なんだろう点滴を皆の分つないだりとか、みんなとは違う業務を振り分けられてて、なんで全員の患者さんと話すみたいな、だから余計に全部が見えてたのかも知れないですけど。

O：そうか、チームに入ってというよりかは、全体で見方が変わったっていう話しですね。どういう家族の面会以外に。

E：あとは意識がなくて、患者さんが。痛みとか言わないような患者さん、痛み止め使ってたかは受け持ちじゃないからちょっとわからないんですけど、受持ちじゃないからちょっとわからないんですけど、奥さんがいらっしゃって、その時私は点滴かなんかつないでいて、で一意識がないけれどなんか話しながら点滴つないでやってたんですよ。「点滴つなぎますよー」とか。奥さんがその時に入って来られて、「こんな意識のない人にも看護婦さんはお話するんですね」と言ったんです、私に。それで、「話するんですよ。耳は聞こえてなくても、聞こえてるかわからなくてもちゃんと聞いてらっしゃるから頭の中では聞こえていると思いますよ」みたいな話をしたら、なんか泣いてしまってその奥さんが。この先後先短いから、看護師さんにこんなに良くしてもらった良かったねって。そんな話をした時に、なんかなんだろう、

戻ってきたばかりだったので、その人がどういう経緯で入ってきたのかわからないけど、入院期間も長かったんですけど、入院中の流れもあんまり良くわからなかったけど、だけどそういう風に言われて、ただ点滴を変えて話かけたりとか、布団を直したりしていただけたのに、なんかそういう風に言われて、なんかなんていうのかな、あー私が、家族だったら、この人の家族でもこんなこと言うかなーとか、やはりそちら側とかその患者さんの側に立って、私も泣けてきたりとかして、後から思うと、何で泣いたんだろううって思うような感じですけど。患者さん側に立って話ができるようになったんだ自分も。上から目線で変ですけど、医療者から家族に話すっていうんじゃないくて、一緒に立場というか、こっちは医療提供してるけども、そういうことだけじゃなくて、一緒にやってるんだよー一緒に頑張ってるんですよーっていう話を、なんか私もするようになった（笑）と思って。私もわかるようになったんだなって、はっと気づいた感じでした。今まではそんなこと言わなかっただろうなって思って、なんかこう、家族を持って自分の、、、自分だけじゃなくて、こう皆に支えられて生きているんだなって子どもを産んでからすごい実感したんで¹、この人も意識ないけどこうやって奥さんに支えられて生きてきたんだろうなーとかって、そういう思いがぶわーっと出てきて「頑張りましょうね」とか言いながら、そんな話しをしたんですけど、そういうのをいっぱい、その病棟で経験しました。

(E-①-108～146)

育児休業終了直後、病棟で患者を受け持っていなかった E さんは、患者の入院時の状態やその日の詳細なバイタルサインまでは把握していないため、「受け持ちじゃないからちょっとわからない」「どういう経緯で入ってきたのかわからない」「入院の流れもあまりよくわからない」と繰り返し、特に患者の入院による治療背景が「わからない」ことを強調する。これに加えて、約 10 年の経験を持つ E さんにとっては、点滴の接続やリネンの整備は容易な看護実践であり、点滴チューブを「ただ」接続したり、布団を直す「だけ」と援助を僅かしかしていないことも強調する。これらのことは、E さんが患者の入院治療背景を十分に把握しきれていないまま、その患者にとって必要な診療介助や生活援助の一部分しか担っていないと捉えていたことを表している。しかし、一部分しか関わらないからこそ、入院治療背景がわからないからこそ、出産前に受け持ち患者の背景を把握して関わっていた E さんとは同じではない。「なんか」「なんかなんていうのかな」に導かれて現れた「そちら側」「患者さん側」には、自分の家族というプライベートが付随して「泣けてくる」「泣く」という感情が再び語られる。「なんで泣いたんだろう」と今でも理由がわからないのは、因果関係で反応したのではなく感覚的に反応した結果だからである。そして、「患者さん側に立って話ができるようになった」とは、点滴の接続などの「医療提供」と

は立場が異なる。すなわち、「医療提供」は「医療者（側）から家族（側）」というように「側」が対立している。一方、「一緒に頑張ってる」「一緒にやる」はEさん自身が患者や家族と同じ「立場」に立った看護実践であることを表す。

Eさんが、出産後にこちら「側」を超えて患者と「一緒」の「立場」に立てるようになった変化を、「なんか私もするようになった」「私もわかるようになった」と理由は定かでないが「はっと気づいた感じ」と感覚的なレベルでの理解である。この気づきは、「皆に支えられて生きている」という言葉からも、Eさんの結婚・出産というライフイベントを経て得られた私生活上にいる人々との関係性が、自分とは異なる「側」にいた患者との橋渡しをする契機となっていたのである。だからこそ、出産「前はそこまで思わなかった」と出産前後を区別して捉えていたのであった。

自分の「思いがぶわーっと」感情が湧き出ていることに気づいているが、出産前後とは異なる自分自身の変化に気づいていた。この変化は、Eさんの中での変化は出産後に突然現れたのではなく、8年目頃まで勤務した泌尿器外科病棟勤務の経験があったからこそこの気づきだと以下の通り語りながら理解していく。

トランスクリプト③<②のつづき>（泌尿器外科病棟／5年目から8年目）

O:（さっき話していた）泌尿器外科ですごくこう、看護って楽しいのとはちょっと違うんですね。

E: あー違いますね。

O: どういう風に違うんでしょうね。

E: 泌尿器は、手術される方が多かったんで、ま2泊3日とか長くて1か月、腎摘とか膀胱全摘する方とかは1ヶ月とか長くいるんですけど、破碎、石の破碎とかの治療は1週間で帰っちゃう人もいし、短かった分ローテーションが早いからとにかく本当に忙しい病棟で、ドンドン私達がやることで回転も良くなって、何て言ったらいいのかな、、、、身体的なケアをしていってというのがこっち（泌尿器外科病棟）ですかね、で、出産してからはこう、身体的もそうだけど、なんかこの人どう思ってるのかなーとか、きっともっと早く気づけば良かったんでしょけど、深く気づいたというか私がこうだったらこうかなとか、そういう風に回って考えれる様になった、っていうのが大きな違いですかね。あとは、この泌尿器科の時はすごい指導して下さる方がすごい丁寧な方で、皆先輩っていうんですか、上にいてくださる方が皆毎日少しずつ教えてくれるっていう、1人1人丁寧に教えてくれる、これ困ったらこうやればいいなだよとか、なんか改まってというよりサラサラと教えてくれた、ドンドン吸収できてる時期で、これもできてる！、これもあれもできたって技術的に自分がこうレベルアップしてるのがこっち（泌尿器外科病棟勤

務) かなって、それがひと通りできるようになってその先、っていうんですかね、その次にやらなきゃいけない、こう気持ち的な支えだとか、家族とか、家族だけじゃなくて地域とか、住んでる所の環境とか考
えてたりとか、そういうのを全てひっくるめて考えられるようになったのが出産してからかなー、ま、も
ともと考えていたんですけど、親身になっていたかという、ま、この時よりも今の方がもっと手かけて
あげたいなーこの人はって思うし、そういうのは前はそこまで思わなかったかなって。

(E-①-147～174)

8年目頃まで勤務していた泌尿器外科病棟の出来事は、妊娠前の時期まで遡る。この病棟は、手術が多く特に「短い」入院期間の中で「ドンドン」患者が入れ替わるという特徴を持っていた。そして、この病棟でEさんは、「サラサラ」としているが「丁寧に」教えてくれる先輩看護師の「すごい指導」のもと、「身体的なケア」に必要な知識や技術も「ドンドン」吸収し「ひと通り」できるようになったと言う。これは、Eさんが擬音語を繰り返して用いていることから、入退院が頻繁な病棟の特徴と先輩看護師の特徴の組み合わせによってできた流れに導かれるようにして、「身体的なケア」が習得でき、一定の区切りがついた時期であることを表している。この時8年目頃であったEさんにとって、「身体的なケア」を「ひと通り」できるとは、患者の生命を危険に至らしめる兆候について時期を逸することなく発見し、自立して医師と連携し対処できることを示している。Eさんにとって、泌尿器外科病棟は望まない勤務異動先であったものの、新人看護師の頃から勤務していた消化器外科病棟の看護実践が基盤となり、患者との距離のとり方、すなわち援助的関係の構築のし方は既に身についていた。だからこそ、先輩からの指導も滞ることなく積み重なって「ひと通り」の「身体的なケア」が「レベルアップ」していると自覚できたのである。それは入退院患者が頻繁な病棟において、日勤でも夜勤でもどれだけ自分が忙しくても、患者が重症でも、仮に入院が長期化してもできるようになったことを表す。このように「ひと通り」できるようになったと自覚された「身体的なケア」は、8年目頃にはEさんの意識の中では特別に対象化されなくなった可能性が高い。一方、「この人どう思ってるのかな」と患者や家族の「気持ち的な支え」は、「もともと考えていた」ものの、Eさんにとっては「身体的なケア」の「その次」「その先」にあり、自分も「やらなきゃいけない」看護実践だと言う。この語りは、Eさんが看護実践力を獲得する過程には数年にわたる順序性があることを表しており、「身体的ケア」ができると自覚できるようになると、「深く」「患者の気持ち」に気づきやすくなる。それに附随して「家族」「地域」等にも志向が向き、

「全てひっくるめて」患者の側に「回って考え（ら）れるように」なり、「この時より今の方」が「親身になって」考えられるようになったのである。「もっと早く気づけばよかった」が、やはり、「身体的ケア」がEさんの意識の中で特別に対象化されなくなったとき、「その先」である患者の立場に立つケアが作り上げられていくのだった。

Gさんは、5年目の途中で内科病棟から外科病棟に異動したが、自らの希望ではなかった。後輩の代わりに行くことになってしまった外科病棟で、内科とは大きく異なる新たな価値観に遭遇したことについて語った。

トランスクリプト①（異動した外科病棟／5年目から12年目現在）

G：私にとって、自分の中では外科に行ったことが結構大きい感じで今思うと。その時は本当正直嫌で仕方なかったんですけど、でも今は外科に行ったことで、あの新しい側面を見たりとか、価値観がちょっと変わったりとか、内科と外科ですごくこう方向性は一緒ですけどこう考え方とか対応の仕方とか違ったりして、なんか今、外科に行ったことでこんなことがあるんだ。新しい経験とかなんか知識みたいのが、学んだ気がするので今では外科に行って良かったなあと考えるんですけど。で外科で8年目くらいになりますかね。

O：外科に行って新しいことを学んだこととあって、、、具体的にどんな？

G：あっはい。えっと、いろいろ細々あるんですけど、まず外科のオペの看護とかその辺のそういう基本的な技術はもちろんなんですけど、結構衝撃的だったのは、内科と外科の先生の考え方だと思うんですけど、内科の先生は割とあの、方針をきちんと決めてくれるんですね。CPR（心肺蘇生）するのか、DNR（心肺蘇生をしないで看取る）をするのか。（O：はいはい）結構内科の先生は入院した時点で、ご高齢だったり、ちょっと具合の悪そうだなとかは必ず取ってくれて、私たちに提示してくれたんですけど、外科の先生達は勿論助けるっていうのがあるので、方針をまず決めないんですね、ギリギリまで。私は最初それが信じられなくて。急変するような人も決めないんですね。ある程度頭にあるのかもしれないんですけど、例えばDNRって書くのをあんまりこう嫌というか、最初はわかんなかったんですけど、もうありえないくらいだと思ってて、例えば夜中に急変した時に私たちはどうすればいいのかなとか、この人、明らかにCPRしないと思うけど、そういう人も書かないので、えっ、この人に何も書いていないってことはCPRするのかって、私前、先生とケンカしたこともあるんですけど。なんかまあ今思うと、あっ今というか、今というか1年、半年から1年くらいは自分の中でジレンマで、なんか何でこんな人を何もこう特に大きい指示を出さないで、もうこのままにするんだろうって思ってたんですけど、やっぱり外科の先生達は

みんな出来ることはギリギリまでやりたいって思っていて、それは患者さんによってはちゃんと方針を決める先生もいるんですけど、なんかこう急変があるかもしれないけれども、なんかあった時はまず自分にコールして、っていうことが多くて、それってまあ本当に CPR する時じゃ遅いじゃんって思ってたんですけど、まっでも、自分できちんと今の状況を判断して決めたいし、その時の患者さんにとって一番良い方法で対応してあげたいっていう多分先生の思いがあったんで、ま、ちょっと良いように言えばそうなんですけど、多分そういう気持ちもあるんだなって、ちょっと外科の先生たちの気持ちも徐々にわかってきた。そういう側面の医療というか看護もあるんだなっていうのも感じて、ちょっと倫理的な面も絡んでくると思うんですけど、ちょっと最初は医療上衝撃で、今はわかってきたのでこういう時はどうしたらいいかわかるんですけど、ああこういうこともあるんだなというか、新しい学びというか、自分としてはちょっとこうなんですかね価値観が広がった、ちょっと変な言い方ですけど、っていう気がして、いろいろ知れたというか思ってます。

(G-①-19～63)

G さんの初めての病棟異動は5年目の時であった。「外科から内科に行ったことが結構大きい」「結構衝撃的だった」「医療上衝撃」的な「新しい経験」、すなわち、初めての病棟異動を節目と捉えていた。G さんには「大きい」「衝撃的」な経験のためインパクトの強い出来事であったのに対してこの受けたインパクトの大きさに対し「価値観がちょっと変わった」と言うように、価値観の変化は少しであり反比例していた。それは、内科医と外科医の「考え方」「対応の仕方」の相違を対比した語りにある。G さんがともに働いた内科医は「(治療)方針をきちんと決めてくれる」が、外科医は、患者の状態が不安定な時も「CPR するのか」「DNR」なのか「決めない」、すなわち、「ギリギリまで」「私たち」看護師への「指示を出さない」。このことに「私」である G さんは「ジレンマ」を感じ、「私たち(看護師は)どうすればいいのか」、「本当に CPR する時」には間に合わないため、「ケンカしたことも」あった。G さんは、外科医の行為を「私」という個人ではなく「私たち」看護師を主語にして捉えると、「信じられない」し「ありえない」こととして異なる価値観に「ジレンマ」を誘う。しかし、外科医の立場から捉えようとする「ギリギリまで」指示を出さないのは、患者さんにできる処置を「ギリギリまで」「一番良い方法で(自分が)対応してあげたい」という、患者に向かう気持ちを「多分」持っているからである。「多分そういう気持ち」「多分先生の思いがあった」と確証の持てない「多分」という捉え方であるため、「なんか」「なんですかね」「ちょっと」という表現を繰り返しながら、「私」とは相容れない価値観を自分なりに「変な言い方で」「そういう側面の医療というか看護もある」と無理

矢理コントロールしているのであった。

続けて、この価値観の相違がGさんにとってどのような意味となっているかを問うたことに対し、5年目頃まで勤務した内科病棟での自分の看護実践と比較しながら価値観の変化を以下に語った。

トランスクリプト③×②のつづき> (異動した外科病棟／5年目から12年目現在)

O:そこ(外科病棟勤務)を振り返って、見方が変わったりとか、新しい学びとかあったりとか、それは何だったのかっていうのは、、、いきなり難しい話ですみません、話しにくくて。この(インタビューガイド)通りに聞くと意味は何だったのかっていうことになるんですけど。

G: なんか看護観、看護観？じゃあ看護観って何って言われると難しいんですけど、考え方がちょっと変わったというか。看護に対してずっと内科の高齢の方ばかり見ていたのが、外科、がんの方も多くてすごい若い方もいっぱいいて、いろんな方の看取りも、内科の頃からしてはいたんですけど、またちょっと違う若い方のこう最期とか、家族とのつながりとか。勿論内科でもあるんですけど、なんかそのがんて亡くなっちゃうとか、、何かそういうのにいろいろ、、、触れてというか、ちょっと、、、今までずっと高齢の人の最期ばかり見ていたので、またこう感じ方もちょっと変わるとか、、、、、んとー、、、、ちょっと捉え方が変わりましたね、ちょっと前はしょうがないよねっていうのがあったけど、内科の時は高齢だし(O:あ、亡くなるのを仕方ないっていう、) やっぱり外科の若い人達とかを対応をすると、できることは皆してほしい、内科の時もそういう人はいましたけど、外科のがそれは強くって、できることなら手術もしてもらいたいし、ケモとかもこれやったら死んじゃうかもしれないのにっていう人も望みがあるならやってっていう、ああ、そういう人もいるんだとかで、何かこう看護に対して、ちょっとこういう人もいるんだという新しく何か自分の何て言うんですかね、、、感じるようになった。すいません、うまく言えなくて

O: うまく言おうとしなくてもいいですよ。具体的にどんな場面か言っていただけると、、、、

G: (中略) えっと、、、、、、 あすいません、、、、、、、、

O: いいですよ、、、 思い出せる範囲で。

G:、、、、、、 患者さんが結構頑張り屋さんが多い、頑張り屋さんって言うとちょっと失礼な言い方かもしれないですけど、治療しに来てる感がすごい強くって。なんか勿論安楽も大事なんですけど、ここに来ている以上はやれることはやりたいとか、内科の時にはいなかったような反応とかが。それやったら辛いからもうしなくてもいいんじゃないかなってちょっと思うこともあるんですけど、なんかちょっと患者さんによっては最後まで本当望む方もいらっしゃるし、90代で7～8時間のオベをやったりとか、その辺は

最初私はそれはどうなの？って、思ってたんですけど、いまだにちょっと話ずれちゃうんですけど、ジレンマ
というか、ん？って思うのは、その人のPS（パフォーマンスステイタス）のこととかADL（日常生活
活動）のこととか術後の治療だけでなく、お家に帰れるかどうかってところまで説明して理解して
手術してほしいなっていうのはあるんですけど、、何かそういう、家族も結構手術すると関わってくる
ので、そういうところ、すいません、話ずれちゃいました。（略）（G-①-112～156）

ここでのGさんは、入院患者の年齢や治療への希望、看取りのあり方などに関して、内科の患者と外科の患者を対比しながら語る。「今まで」の内科病棟の患者は高齢者が多く、亡くなる患者も多かったものの患者も家族も看護師も「しょうがないよね」と捉えていた。一方、外科病棟の患者は、若くしてがんを発症した人が多く、その様な人が、がんになったことや死に向かわなければならぬことを患者自身が受け止めきれず、身体侵襲の大きな「手術も」「ケモとかも」「治療をしに来てる感が強く」それに邁進してしまう「頑張り屋さん」として語られる。Gさんは、身体侵襲の大きい「手術も」「ケモ」の先には「これやったら死んじゃうかもしれない」、「それやったら辛いから」と外科患者の未来が見通せるため、「頑張り屋さん」の患者とは異なる価値観を抱くようになる。ここで、Gさんが、「話がずれちゃう」と気づきながらもそのまま話を続け、再び「ジレンマ」を感じてしまうことを語り出す。一見、価値観の異なる頑張り屋さんの外科患者への「ジレンマ」にもとれるが、「お家に帰れるかどうかってところまで説明して理解して手術してほしい」の主語は医師であり、医師への語りに変化していた。Gさんが頑張り屋さんの外科患者について語る背景には、患者の生活に関する「PSのこととかADLのこととか」に焦点が当たっていない、医師の‘説明と同意’の取り方への「ジレンマ」があった。

話がずれていると気づいているが、Gさんが話したい内容だと思い、医師の話がつながるように尋ねた。

トランスクリプト④×③のつづき>（（異動した外科病棟 5年目から12年目現在）

O：でも、今のお話は外科のドクターが治療の話はするけど、その後、治療した後どういう影響が出てくるかとか、そういう、

G：そう、あっさりしか伝えてなくて、勿論、手術で良いことも、治ったらこうだとかはある、副作用とか合併症のことはもちろん説明はするんだけど、お家、生活するっていう所をメインにお話をしない

ので、私たちは患者さんを看ていると確実にこの手術をしたら多分歩けなくなるし、寝たきりになっちゃうし、下手すると抜管できないかもねっていう人もするんです。勿論、その辺のリスクをお話してやるんですけど。でも私たちとしては、やるのはいいけどお家に多分帰れないし、施設とかに転院になっちゃうし、ってところまでちゃんとってもらいたいなっていうのはあるんで。今でもそういう所はあるんですけど。

○：そういう中で、治療を始めた時の患者様とか家族と、ちょっとジレンマを感じるような（G：はいはい）場面に移行してきた時にどんな風に接していращやる？

G：決定権があるのは患者さんと家族なので、勿論応援はするんですけど、ちょっとあんまりにも何かこれはまずいなっていう時は、こっそり、、、ま、こうなるかもしれないっていうのは、吹き込むじゃないですけど、言っておいて、あんまり治療方針のことは私たちは口を出せないじゃないですか。でも、生活面のことでは言ってもいいかなと思うんで、相談されたりとか、手術したらどうなるとか、言えるんだったら言える範囲でお伝えして、情報提供してお伝えして基準の1個にしてほしいんですけど。

○：患者さまとかご家族は、それを含めて決めてる、、、

G：一応ムンテラに私たちも同席するんですけど、発言権はないので取あえず後ろに控えているだけなんです。それはちょっとモヤモヤしますが。

○：いろんなことを選択していく理由になるかも

G：今まで感じたことなかったので。内科にいた時はオペとかその人の今後を左右するような決断の場面に出くわすことがあんまりなくて、ちょっとはあったのかもしれないですけど、手術してどうか、結構おきいじゃないですか。それは今までなかったので、そういう考え方や対応の仕方があるんだってことを、学びというか自分にはなっただかなって思ってるんですけど。

○：それでいろんな影響を外科の方で受けて、お仕事の仕方とかにも変わってきている、、、

G：そうですね、ちょっと考え方が変わりました。

○：医療に対する？看護に対する？

G：あっ、医療も看護も、ちょっと先々まで頭を回して対応するようになったかなと、、、思います。あんまり昔なんで内科にいた時のことをあんまり覚えていないんですけど、でも何かこう、あの時は目の前に来た患者さんが具合が悪いっていう心不全だったり、呼吸不全だったり、ま良くなれば帰るし、ダメだったら亡くなるしっていう感じだったんですけど、外科って、やっぱりその手術をするしないでその人の人生が変わるじゃないですか、そういう側面があるので、えっと何か、その人が例えば手術を選んだらどうかとか、選ばなかったら、やったとしてもどうしていいとかが、みんなで相談したりとかっていう、内科にいた時もカンファレンスとかはしてはいたんですけど、その人のより良いっていうか、内

科にいた時とは違う、年齢のことあるんですけど、広い範囲で考えるようになった気がしてて。(略)

O: 先々のことまで考えるっていうのが、その先々っていうのは、

G: お家に帰ったりとか、手術とかケモとかを選んだことで、その人に与える影響とかっていうのを、できるだけ私たちの立場で言える範囲のことは伝えようかなって思うようになりましたね。

(G-①-157~212)

手術という身体侵襲伴う治療場面では、「その人の人生が変わる」「その人の今後を左右するような決断」を伴う。外科病棟では必然的にこの様な場面に遭遇する機会が多くなる。しかし、外科医は「手術での良いこと」「副作用とか合併症」の説明、患者も手術に対する頑張り屋さんになっていると捉えている。これらは、手術という治療のみに限定され、外科医も患者も「お家（で）生活する」というところがメインに」なっていない「あっさり」しているのである。「私たち」病院看護師は、治療を受ける患者の「生活する」ことへの支援の専門家であるため、視点が違う。そのため、外科医と患者は治療という現在に視点を、看護師は治療の先にある患者の生活という未来を予測して、そこに視点を置くという時間軸の相違もある。これらの視点の相違が「ジレンマ」の原因なのである。

この「ジレンマ」を感じているのは、外科医や患者と自分の視点や価値観が異なっているからのだと気づくことができると、次の行動を取ることができる。外科医の価値観も看護師の業務範囲内において、患者や家族が未来の生活を描けるように、「判断基準」となる「情報提供」をする、「私たち（看護師の）言える範囲でお伝え」という意思決定場面への意図的な働きかけをしているのである。患者の生活の未来まで「広い範囲で考えるようになった」「先々まで頭を回して対応するように」なったのである。

Jさんは、本人の希望により手術室からICUに4年目頃に部署異動し、その後7年後の11年目ぐらいの時に他の病院に異動して手術室勤務に戻る。この時期のことを語った。

O: で、あの、ここで（ICUで）働いてわかってきたことっていうのが、（手術室看護に）つながった。

J: そうなんですよ。だから、今楽しくってしょうがない。だから一つ一つがすごくわかりますし、あとあの時はどういう勉強をしたらそこにつながるかっていうのがわからないままだったのが、ICUの経験があるので、あボリュームのこととおしっこのことと循環器障害のことを一緒に考えていけばいいんだっていう、ものの考え方、アセスメントのベースができた中で今働いてるんで、こうわかりやすいっていう

か、、、楽しいという言い方はあれなんですけど、色んなことがつながるので患者さん見てても色んな見方ができるようになった気がするんですよね。

O:今、実際働いていてどうですか。

J: つながってきて、やっぱりこう、見るポイントポイントがすごいはっきりしたというか、そのICUを経験する前までは、例えば、観察項目尿量 1 時間あたりチェックするんだよとか A ラインの波形チェックするんだよと知ってはいても、それがどういう生理的な背景があってそういう現象が起こってるかっていうのをわかってないまま行っていたのをははっきりわかって患者さんを見ているので、この何ですかねクリアに見え方が違うというか、やらされてる感じゃなくて自分はこれが必要でやってるっていう、何かそういうのがすごく明確になった気がしますねー。視点が広がったというか、本当クリアにいろいろ、物事見れるようになった気が。

O: クリアに見えるとオペ室でのどういう部分が鮮明になる。

J: 今まで覆布が、手術の時かけるじゃないですか。布のかかった患者さんが、それまでは患者さんというよりやっぱり術式であったり、そのドクターの癖を学んだりっていう、あとはこの手術だからこの物品が必要なんだよっていう見方だったような気がするんですよね。なのが、クリアになることによって、患者さん自身が見えるように、布がかかっても、患者さんはこれが必要だからこういう器械を今使っているんだとか、患者さんこの状態だからこの薬を使っているんだとか、こういうリスクが高いからラインをこれだけとるんだとか、すぐく見えやすくなったというか。自分でいうのも何ですけどアセスメント能力上がったと思うんです（クスッと笑）。自分の中で何かそういう感じがしているので、、、

O: アセスメント能力上がったことで、布から患者さんが透けてみえるんですね。（笑）

J: 透けてみえる（笑）、そんな能力あればいいですけどね。そうですね。患者さんに起こっていることが、手に取るようにって言うと、ドクターじゃないんですけど、それを自分の中で推察してつなげる力っていうのが本当に。（略）それまでは必要な物品を用意していたのが、この患者さんだからこれが必要っていう見方ができるようになったので、術式とかそういうんじゃなくて患者さんを見るようになったような気がしますねー。

(J-①-222~268)

主に手術室勤務をしているJさんは、4 年目頃から10年目頃まで、ICUに希望して勤務した。このICU異動前の手術室勤務とICUから手術室勤務に戻った時を区別して、「ものの考え方」「見方」が「クリア」になったことを語っている。「クリアに見え方が違う」「本当にクリアに・・・見れるようになった」「すぐく見えやすくなった」と視界が広がっている表現を繰り返す。それは、ICUで生理学的知識をエビデンスとした「アセスメント」

の「ペースができた」からだと言います。そして、この視界が「クリアになることによって、患者さん自身が見えるように」になると言います。それは、これまで「術式」や「ドクターの癖」に志向性があったJさんが「やらされてる感」から患者さんに「これが必要でやる」と能動的志向に変化することを通して、手術中の覆布のかかっている患者にも「これが必要だから」と「自分の中で推察してつなげる力」や「アセスメント能力」をもとに考えられるようになったのである。

以上の解釈は、Eさんが出産および育児休暇の前後、Gさんが内科系病棟から外科系病棟、JさんがICUから手術室への部署異動前後というように、ライフイベントや部署異動という出来事を契機としてその前後の時間軸で異なる捉え方ができるようになっていることが明らかになっていました。今までの勤務では遭遇しなかった患者や家族、医師との関わりにおいて、看護師が患者の生活と同じ側に立つことで、これまでの勤務でも見て行ってきたはずであるにも関わらず、視点の広がりや深さが増していたことを明らかにしていた。いずれも驚きに似た気づきや深い気づきであったのは、看護師としての立つ位置が180度転換していたからである。この視点の広がりに伴って、患者への関わり方にも変化が生じていたことが明らかとなっていた。したがって、第1のSuper-Ordinateテーマは、「患者や家族に対して「前はそこまで思わなかった」ような考え方で関われる」とした。

3-2) どんな時でも「自分のこのケア」ができるようになってきた

Cさんは、看護師19年目となるが、4つ目の部署で勤務している。これまでの各部署での出来事を語った最後に現在の病棟での夜間帯勤務の明け方の看護実践について語った。

C: (略) 今も整形病棟で90後半の人が大腿骨のオペをして、おトイレとか車椅子とかで介助したりとか歩行器とかでこう(歩行器を押す真似) やってたりしてるんですけど、、、、何ていうんだろな、人としてすごいなって。90後半って未知の世界、自分には未知の世界、90の人って歩くこと1個もしんどいんじゃないかって、、、忙しい時に、忙しい時に頑張れ頑張れってやってるんですけど、なんていうんだろな、看護師として、安全を守ったり、看護として痛くないようにって1つやってるんですけど、最近の緩和ケアも含めて、この人が90後半で、自分達のまあ先輩、あの、自分が経験したことないこう年齢を、自分も身体が疲れてるとすごいしんどいんですけど、でも歩く1個が相当しんどいことなんだろうなって思えると、なんかもう私も疲れてるからなんて言ってられないなって、一緒に介助とかはするように、考えれ

るようになったのは、きっと人として、、、、うーん思えるようになったのかな、、、、看、看護師なんだけど、、、、看、護、、、、まっ、まっ、大っき大っき大っきのまるで囲むと（手を○のかたち）
人としてなんかこう尊敬したい、したいとか、できるなとかっていうそんな見方ができるようになってきたというか、、、、それがすごいできている訳でもないんですけど、イライラもするし、疲れたとか思うことも本当しょっちゅうなんすけど、うーん、なんか前だったら、、、、そういう、、、「また、また、また頻尿でー」とか、「また、またコール！」って思うことの方が多々だったんですけど、今はこうそれに付き合わ、付き合う余裕がある人でいたいとか、、、、あの、なんだろうな、それも、看護+人としてこう見ていきたいなっていう風に、はちょっとなってきたのかなーって。なんかまだ、弱々しいんですけど。はい。

O：今、ま、まるっていうのはな、何を、こう表して。

C：人だと思うんですけどね、その中に看護もあって、そのまた看護を広げたところが人なのかとか、初めはなんか看護、看護師だから看護師としての職業、仕事で、こう見てたんだけど、緩和、緩和を経験し、緩和じゃなくても、本当はいっぱいあったんですけど、きっと内科系で亡くなる病棟もいっぱいあったんですけど、、、、なんていうんだろ、どっか、どっかでこう職業的な場面があったりなーとか、、、、だけど、だけどこう看護師も看護って言う職業なんだけど、人だよねっていうところとかは、、、、こう、改めて考えるようになったというか、、、多分、多分、倫理、看護理念、とかでは言われているんですけど、それが、なんていうのかな、実際に、頭と心で理解できる様になってきた、のが本当に最近、実は最近なのかなって思うのは、こう高齢化社会もあるだろうけど。そう思うようになってきましたですかね。なんとなく。

O：すごい、大事にしていること

C：まだまだ、全然、迷ったり、忙しさで時間で追われてしまうこともあるんですけど、、、、なんか本当に大切にしなくちゃいけないところはそこかなっていうのは、、、、こう深く考えられるようになってきたかな、、、、深くって言うか、、、、なんかこう頭に思い描けるようにはなってはきたのかなー、かなーなんですけど。

(C-①-384～429)

Cさんは、現在の病棟勤務で関わった90歳後半の大腿骨術後患者の歩行介助場面に例えて、自分のケアについて語った。この様な後期高齢患者のトイレ歩行において「安全を守る」ことや歩行時に創部が「痛くないように」介助することは、「看護師として」の職業の観点から、それは当然のことであり、Cさんは、この当然の看護だけが看護ではなく「看護+人としてに見ていきたい」と言う。「前だったら」「また、また、また」「頻尿

でー」「コール！」と思いながら対応していたこの行為は、患者の生理的ニードすら鬱陶しく思ってしまう尊厳のない看護であったと捉えていた。そして、緩和ケア病棟や内科病棟でも看取りを多く経験し「看護だけではなく人として大切なもの」を考えさせられた現在のCさんは、現在の病棟でも「本当に大切にしくちゃいけないとこ」を実践している。Cさんが「大切にしくちゃ」と思っていることが、「うーん」「あの」「なんていうんだろうな」と途切れ途切れの表現で上手く言葉にならず、両手で丸をつくり形で示す。それは、「看護＋人として（患者を）見てきたい」こと、すなわち、患者を「人として」「尊敬したい」し、「忙しい時」でも「頑張れ頑張れって」明け方のトイレ歩行に「付き合う余裕」「一緒に介助」する気持ちで接していることを表しているのである。このような患者に対する思いと看護実践を、実際に、「頭に思い描く」「頭と心で理解できる様になってきた」と自分を捉えていた。「頭」と「心」を一体化して行為できるようになったことは、Cさんがこれまで積み重ねてきた結果得られたことと言える。

看護師経験15年目のHさんは、ICUに6年目から13年目まで勤務した。そのICUで意識障害のある患者へ行った看護実践を「決まりを突破する」という表現を用いて語った。

トランスクリプト①（ICU／4年目以降）（緩和ケアで疼痛コントロールを必要とする患者の話の後）

O：で、ある意味、ICUって、真逆って言うか、クリティカルケアなので。

H：でも逆に私としてはよく一般的にも表記されている、つながれちゃってスパゲッティ症候群みたいな、人が沢山いる中で、何かできないかなーっていう思いがあって。当時ICUは、テレビとか見せなかった、テレビとかダメだったんですけど、ある時こっそりテレビをつけていたんですよ。怒られるの覚悟で。きつとこの患者さん、ラジオでもテレビでもちょっと音を聞かせてあげれば何か反応があるかもって、こっそりつけたんですよ。でもその後はICUでもテレビをつけるような雰囲気になって、決まりだからっていうのを突破するのも、やってみても良いのかなって。そしたらすごい反応、

O：あったんですか。

H：うーん、反応良くなって、...。まっね、それがきっかけじゃないんですけど、ねー。

O：どんなくらいで反応があったんですか。

H：家族の人も結構来てくれている人だったんですけど、レスピつながれてて、でもテレビを流しちゃって、...、ふいふい、多分、数日後くらいに抜管になったのかなー。テレビを見ちゃいけないという理由はないって思って。

(H-①-447～465)

ICU の患者は「一般的には」「スパゲッティ症候群」と言われているが、H さんは「逆に」とクリティカル状況だからこそ看護師として「なんか（ケアになることが）できないか」と思っていた。その当時の ICU では患者に「テレビ」を「見せ（てい）なかった」が、それは「決まりだから」「ダメ」なのであった。テレビをつけることは「決まり」を破ることになるが、「怒られるの覚悟で」「テレビをつける」行動に移せたのは、「スパゲッティ症候群みたいな人」でも「テレビを見ちゃいけない理由はない」と思っていたからである。H さんは、患者が「決まり」によってテレビを見ることができないことを理不尽に思っているため、決まり「理由はない」の部分を力強く言う。H さんは、どんなに「レスピ」レーターに「つながれ」意識レベルが低かったとしても、人としての日常生活らしさが必要であり、そのような「ちょっと」の「音」でも「きっと」「この患者さん」は「何か反応がある」「かも」という、H さんの経験知に基づいた自分なりの予測がついたのである。「きっと」～「かも」は、未来に起こる「この患者さん」の「反応」を予測していることを表し、その予測された患者の反応の方から、H さんに「決まり」を「突破するの」「良いのかな」という気持ちと行動を誘い出したのであった。そして、頻繁な家族の面会と相まって患者の「反応」が得られ、「スパゲッティ」の一つである気管内挿管チューブの抜管に至ったのであった。患者の変化が起こったのも、患者が「レスピ」を装着しなければならない非日常的な生活を送っていることを H さんが捉えられたからこそ、日常生活らしい過ごし方を送るために、「何か」「できれば」その「逆」が起きると予測できた出来事なのであった。

引き続き H さんは、ICU 患者の看取り場面での関わりについて、「突き通す」という表現を用いて語った。

トランスクリプト②<①のつづき> (ICU/4年目以降)

H: あと、こう看取りが下手くそだなっていう印象があったんですよ。やっぱり、わーって集まって、みんなでわーって処置して、かといって亡くなった時って、亡くなる時ってすごい大事だと思って、家族にとって、本人にとってもですけど、印象がずっと残るというか。亡くなった時のケアをすごく大事にしたいなーっていう思いがずーとあったんですよ。でも、ICU は「はい亡くなりました」わーって処置を、(O:うーん) するんですね。あれはケアじゃないんですけど。私はこういう風にケアをしたいっていうのはあって、まっいいや、最初は誰もわかってくんなくてもいいから、自分のこのケアを突き通そうって思って、当時はもう一緒にケアをご家族が嫌じゃなければ一緒にお体拭きませんか、っていうのはな

かったんですよ。でも、声をかけて、もしも、いいよって言う人がいれば一緒に入りましょう、っていつて入るようにしたら、ま自分と同年代の子と若手の子がちょっとそういう風な流れになって、じゃあ髪の毛一緒に洗いましょうかとか、お洋服も浴衣って決まってるのじゃなくて、別に本人が好きなスーツ着て帰ってもいいじゃない。帯締めてもいいじゃない。少しずつ変わってくれて、それが、少し嬉しかったなって。多分何やってんのかって思われるスタッフもいっぱいいたかもしれないけど、それに賛同してくれて、そういう風に声をかけてくれたりするスタッフが、結構増えてきて、例えば、あの方が亡くなったからケアに入りたいんだけどって言うと、じゃあ、任せてくださいって、そう言ってくれるスタッフ、(O: うん) 前はもうそんなことなくって、時間がないからとか、家族がケアに入ることなんて考えられなかったんですけど、何か、そういう風に変わってくれたのは良かったかなって。(O: うん、うん、うん) (中略)

H: でも、それは自分が突き通したスタンスですね。

O: そう言うのをやっぱりやりたいっていうのがあった、あったから。

H: どんなにオベ患さんの着床で忙しくても、どんなに急変があっても、でも、亡くなった方とその家族にとっては、それが最初で最後っていう表現で言ったらおかしいですけど、、、ね、あの、手術をして戻ってきた人にとっても、その経験っていうのは、このあれだけど、この方達にとっては、その時間が大事にしなければいけない。周りが忙しいからってというのは理由にならないと思って。(H-①-472~508)

その当時のICUでは患者が亡くなると、「みんなで」「わーって(死後の)処置」をしていたが、Hさんは「あれはケアじゃない」と言い切り、「看取りが下手くそだな」という「印象があった」。家族にとって、患者が「亡くなった時」に行われた看護行為の「印象がずっと残る」とHさんは捉えている。それは患者の死後も、亡くなった時の場面と患者が一体となって幻視のように印象づいてしまうと言う。だから、「亡くなった時の(処置ではなく)ケアをすごく大事にしたいな」「その時間が大事にしなければいけない」と「ずーっと」思っていた。そして、「私はこういう風にケアしたい」という「自分のこのケア」の「スタンス」を「突き通した」。「自分のこのケア」とは、患者の「ご家族」が嫌でなければ「一緒にお体を拭く」、「髪の毛を一緒に洗う」、「本人が好きなスーツを着て帰る、帯を締めて帰る」ことなどであった。「(看護師)みんなで」「わーって」「(死後の)処置」をすることとは対照的に、看護師と家族が「一緒に」行う「看取り」のケアは、当然ある程度の時間が必要とされる。身体侵襲の大きな「オペ」の術直後患者や、容態の「急変」が生じやすい患者は、亡くなった患者からみれば「周り」の患者であり常に看護師を忙しくさせる。そのた

め、ICU では常に看護師は「忙しい」のであるが、一方の患者の「時間」を作ることで一方の患者の「時間がない」ということは、患者や家族に対して本来「理由にならない」のである。家族と本人にとって、「最初で最後の」「看取り」の「時間」の質を保つケアであることが、H さん自身の「突き通し」たかったケアなのであった。

さらに、H さんは、これまでの部署異動の経験をふまえて、地域包括病棟で、「通過点にいる人でいい」という表現を用いて語った。

H：（前略）緩和ケア病棟には入らないけどもお看取り、例えば、胆嚢炎になって、食事が食べられなくなってとか、本人さんが点滴を拒否してだとか。あと、この前もいたんですけど、閉鎖孔ヘルニアの方がいて、90 代の方なんですけど、2 年前は片方オペしたんですよ。でも、もう本人が、自分の友達ですごくいい死に方をした人がいるって、ここで痛いのも見てもらって、痛み止めを使ってもらって穏やかに死んでいった人がいる。自分もああいう風に死ぬんだーって、言って、家族が進めようが先生が進めようが、手術しなかった方がいるんですよ。その方が、数日間絶食したら、元気に帰ってったんですよ。で、あっ良かったねーって。また来るかもしれないけど、でもその人の生き方を貫き通せたっていう、「誰が言おうと私は手術しないんだ」って言って、で退院する時は、「自分でも生きてまた自分の家に帰れるとは思わなかったけど、ありがとねー」って言って帰っていったのは、、、うーん、こういう方法もあるんだねーって、うふふ、、、

O：そうですねー。いやーすごい。今おっしゃったその、生き方をちゃんと支援するみたいな、看取るとかそういう話だけじゃなくて、その人の生き方っていうのが、すごいなんか私には新鮮で。

H：穿孔を起こしたけれども、本人は手術をしたくないっていうのを絶食で、食べたければ食べたいものを、やっぱりそれも、その方とかも穿孔を起こしたんだけれども、何かを塞いで、ご飯食べて家に帰ったって方がいらして、ま、手術をするっていう方法もあったけど、本人がそういう風にしたいっていうのを尊重してあげて、結果的にこうなったんだから、それはすごく良い。ねえー、先生もそれ以上無理しなかった。うーん。

O：そういうこう、私たちがっていうよりはそれぞれの患者さまの、こう看取りであるとか生き方であるとかを通して、H さん自身がどういう風な、やってきたことで、自分にとって生きてるといふか、自分の中にあるといふか、、、すみません、難しいところになっちゃうんですけども。

H：うーん。難しいですよ。

O：そう、すごい難しいですよ。なので、いいですよ、全然上手く話そうとか、私もいつも上手く聞け

ないんですけど。すごく、なんか大事にされていることが折々で詰まっていて、患者様も良い顔してとか、ありがとうとか、言っていくみたいなことって、何かHさんの中ではどういう。ここの（インタビューガイド）で言うと「どう意味づけられていますか」っていうところなんですけど。

H：あー上手く表現できないけれど、でも、結果的には、多分さっき話した時に選んだ、何でしょうね、看護師だから、ん？看護師だからできること、何でしょう。先生には出来ないこと。なのかなーって。ただ、ただ通過点にいる人だけど、それでいいかなーと思って。多分、何かをするとか、何かをしたとかっていう感覚よりも、うん、何かに関われたからそれで良いのかなーって、上手く言えないんですけど。

(H-①-595～642)

地域包括支援病棟で、これ以上の「手術をしない」と決め、「痛み止めを使ってもらって穏やかに死んで」「いい死に方」「ああいう風に死ぬんだ」と死に方を決めて入院してきた患者がいた。手術療法を選択しなかったその患者にとっては、手術ではなく「痛み止めを使って」痛みを取らなければ、「その人の生き方」にならない。また、「穏やかに死」ななければ、その人の「死に方」にならない。つまり、「その人の生き方を貫き通せる」とは、患者が「生き方」も「死に方」も自己決定することができた時、「その人」らしく、生と死を「貫き通す」ことができるのである。そして、「その人」の自己決定を「尊重」したケアとは、看護師だからといって「何かをしたり」「何かをする」のではなく「何かに関わっている感覚でいい」、あくまでも患者が主体であるため、看護師が「その人」にとっての「通過点」としてあることで成立する。医療上、医師も看護師も「しなくてはならないこと」はあるが、看護師は「何か」に「関われば」、医師とは異なるので、「それで良い」。

手術室勤務が長いJさんは、ICU 勤務の経験を経て、再び手術室勤務となった。そこでは、ICUでの経験をふまえた家族への看護について語った。

J：(略)あとは家族も、ICUの経験からも家族が見れるようになったのは(O:うん、うん)やっぱりなったような気がしてて。これはうちの子(後輩)には言うんですけど、手術の時間の説明で手術時間をオペレーターは手術そのもの(の時間)を説明することが多くて、そうすると手術前の準備の時間、麻酔導入の時間であたり 30 分とか 1 時間、科によって1時間かかったりもするんですけど、手術が終わって醒ましたりとか、リカバリーで過ごす時間で 1 時間から 2 時間かかるんっていうのがあるので、前はそういう説明をしていなかったのが家族のことを考えるようになってからは、(手術室の)中にいる 2 時間

の手術なら2時間って説明すると、その2時間以上かかっちゃうんで、ご家族様が長くなればなるほど心配するので、そのプラスの時間を考慮してもらえるといいですよっていう説明ができるようになったのがやっぱり。このアセスメントではないんですけど、このICUの経験がある気がしますねー。

O:だんだん広がっていく感じ。

J: 救急の講義とか、ちょうど ICLS (Immediate Cardiac Life Support) か PTECN (PCI Technical Education Course) とかある中で N テック (JNTEC: 日本看護外傷病院前標準化プログラム) が ABCDE アプローチは ABCDEF でプラスの F をつけるっていう考え方を良く言って、A が Airway、breathing、循環、意識、体温で、F が家族の対応って言ってるのがあって、それから家族をないがしろにしては駄目だなっていうのがすごく学んだことの1つではありましたね。 (J-①-284~305)

Jさんは、7年のICU勤務を経て確実な生理学的知識を獲得し、それがエビデンスとなる「ものの考え方」や「アセスメント」「ICUの経験からも家族をみ(ら)れるように」になり「ベースができた」状態で、手術室勤務に11年目で戻った。現在の手術室では、生理学的知識を活用したアセスメント力は向上しているため円滑な実践がある。それは、過去のJさんの「ICUの経験」から由来する。一方、生理学という身体とは対照的に「家族も」「家族を見る」「家族のことを考え」「家族をないがしろにしては駄目」と家族への実践への語りを繰り返す。家族のアセスメントも行い「手術の時間の説明」に麻酔準備時間や麻酔覚醒時間を含んで説明するように後輩指導もしていると言う。それは、Jさんの言う「ICUの経験」には学習経験も含まれており、実践と学習がつながっていたことを示す。このことの具体として、JさんはICUの看護を実践する際「救急の講義」を通して、身体のみならず、「ABCDEアプローチ」は、「ABCDEFでプラスのF (Family) をつける考え方」を積極的に習得しており、「家族をないがしろにしない」ことを大切にする看護を自分は「すごく学んだ」から実践できるようになりたいことを表していた。

以上の解釈から、Cさんが「高齢者を人として尊敬する」、Hさんが「ICUでも日常生活らしく患者にテレビを見せる」「処置ではなくケアとしての看取りをする」「患者の何かをするのではなく通過点でいられる」、Jさんが「手術を待っている家族のことも見る」といった看護を実践しており、これらは各々の看護師が大切にしたい看護を表していることが明らかになった。これらの場面は、看護師たちが勤務してきた部署での看護実践を積み重ね「自分のこのケア」を時に「貫き通し」たり、書籍や研修で学ぶことができる一般論

的な内容であっても自分の実践から理解していた。そのため、いずれの看護師も自分の看護に信念を持って実践していたため、第2の Super-Ordinate テーマを「どんな時でも「自分のこのケア」ができるようになってきた」とした。

これらキャリア中期にある看護師たち4名は、就職して5年から10年以降の時期に節目となる出来事を迎えていた。その時期の看護師たちは、ライフイベントや部署異動、病棟再編等により、複数の部署の勤務経験をもつ人々であった。

第1の Super-Ordinate テーマにある「患者や家族に対して「前はそこまで思わなかった」ような考え方で関われる」は、10年近くの職業経験を単に継続するだけでなく、ライフイベントや部署異動の前後の自分自身の見方が広がっていることに気づくことができていた。これはすなわち、契機となった出来事の前後の自分を時間軸で捉えることを足がかりにして、看護の対象者である患者や家族の過去や未来まで見据えて、彼らとつながるような関係ができる過程から成り立っていた。

また、第2の Super-Ordinate テーマにある「どんな時でも「自分のこのケア」ができるようになってきた」では、これまでの自分の望ましい実践、望ましくない実践の全てを含めて捉えていたからこそ、自分なりの実践になっていた。彼らの実践には、看護師個人の信念(大切にしたいこと)に裏付けられおり、その信念は10年近く行ってきた過去の実践から導かれていた。その実践を看護師たちは、多忙を極める時でも、意識がない患者でも、重症な患者でも、大切にすると判断した場面では自分なりに実践していたのであった。

これら2つの Super-Ordinate テーマの解釈を通して、第3の Master テーマを【3. 自分なりの看護実践が作りあげられていく】とした。

4) Master テーマ【4. 自分の経験から看護師として実践していく場を自分に問われてくる】

この Master テーマは、新人看護師の時から現在の経験年数までのことを振り返り、それぞれが節目と捉えたキャリアを表す。また、このテーマは、3つの Super-Ordinate テーマである 4-1)自分が決めた関心領域を追い続けるためにどうするのか、4-2)自分の「強み」をどのように生かすことができるのか、4-3)病院で看護実践者として継続していくために自分は何を選択すればよいのかから成り立つ。

4-1) 自分が決めた関心領域を追い続けるためにどうするのか

第1子の育児休暇明け後、初めて外来勤務となった Bさんは、泌尿器科外来の診療介助につく機会が多く、そこで「コンチネンス」に関心を示していく出来事を語った。

B: やっぱ、その、自分が経験したことになりますと、やっぱり最初外科だったんですね。その後外来において、救急外来とかに行ったり、いろんな科に携わるんですけども、その中でも泌尿器科が日常的につくことが多くてですね、そうすると尿失禁ですね。尿漏れ、尿失禁で体操、腹圧性尿失禁、ま、膣をしめるというか、骨盤底筋をしめるっていう体操のビデオを見ていたら、その先生が、まあ、しょっちゅう見るのでそのビデオを、患者様に見せるので、その先生のことが気になったら、その先生の講演に1回行ったんですよね。そしたらもう、すごいハマっちゃって、へへ、宗教的な感じで、なんかその（コンチネンスの）先生のお話を聴くと元気が出るっていうか、なんかその先生のお話を聴くと元気が出るっていうか、それぞれで患者さんがこう生き生きと排泄がこう変わったりとか、辛かったおしっこが出たとか出ないとか、そういった話とか、その先生とともにあともう2人くらい一緒に講演とか、結構その手の有名ないろんな講演とか学会の話とかがあると、ただただその人の話が聞きたくて、長崎まで行ったり、、、

O: んー

B: ハマっちゃった時期がありまして、ただ本当に自分もあるんで、排泄が、出た、すっきりしたっていう快感が、日々外来でおしっこが出なくても何回出ても辛いとか、出なくても困るし、出すぎちゃっても困るし、出来らなくても辛いっていうのをずっと見ているので、なんかその人たちをこういう風にクリアにしてきたとかっていう話が、自分にすごいしみたんですね。だから、消化器外科（病棟）にいた時に人工肛門造ったり、こう、排泄経路が変わったりとかした人を見てきたので、すごくうちとかおしっことかがどの科の人にも当てはまりますので、それは決してあの外来にいる人にもすごくこうケアの対象としてなると思ったりして、ついつい、診療の介助だけではなくて、なんかそういうあのその中でもなんか自分が寄り添えるところとか、ケアできるところがあるのかなあ、、なんていうふうに思ったりしていたんですよね。だから、その、看護協会である皮膚・排泄の認定以外にも、NPO 法人立ち上げのコンチネンスっているワードがあって、そのコンチネンス協会が認めている資格みたいのがあって取ってました。なんか講演に行きたくて行ったら自然とそれを取らざるを得ない、それを取ったらまたその先生の話が聞けるから、取るみたいな感じでやりましたね。このまま、別にX病院でそういうの（コンチネンス）できなくても、コンチネンスにちょっとはまろうかなみたいな気持ちにもなったくらい、丁度子どもも産まれて、子どもの健康な赤ちゃんの排泄とか見ているのと、大人のお尻が出てくるのとかって、すごい違いとか、その、赤ちゃんがその、オムツが取れるまでの過程とかを、実際子ども通して見たり

して、本当だ、と思ったり、入院してねえ、パルン入れちゃうとか入れないみたいな、こうーあの比較とかしたりして、より興味がありまして、それで、コンチネンスすごい好きだなんて思ってた

(B-①-288~327)

外来勤務となったBさんは、産休明けの6年目から7年目頃に初めて病棟から「外来に
おりる」勤務となった。「日常的に（診療の介助に）つくことが多い」「泌尿器科」外来で
の看護とは、「診療の介助だけではない」ということをわかっていながらも、「つつい」
病棟とは異なり診療の介助だけになってしまう日々の中で、外来患者も「ケアの対象」で
あることを発見できる出来事があった。それは、外来で尿失禁のある「患者様に見せる」
骨盤底筋体操のビデオが発端となる。Bさんは、ビデオの中に出てくる患者の「辛かった」
排尿が「生き生きと」変化する姿を患者と一緒に「見ていたら」、泌尿器科外来で「困る」
「辛い」思いをしている患者に対して、看護師であるのに「ずっと見ている」ことしかで
きなかった自分にも「寄り添える」「ケアできる」ことがあることに気づいた。それは「コ
ンチネンス」という「ワード」で説明できる領域であり、Bさんはそこに関心を抱いた。
その「コンチネンス」による「寄り添」いの看護実践は、泌尿器患者に限定されない「ど
の科の人にも当てはまる」ことであるとともに、患者のみならず、健康な自分の排尿でも
「すっきりした」「快感」が得られ、健康な自分の赤ちゃんの排泄と患者の排尿の「違い」
を「比較」することでも説明がついた。このことは、Bさんにとって看護師としてできる
ことへの気づきでもあったからこそ、骨盤底筋体操の講師の話が「すごいしみた」のであ
り、「宗教的に」「はまって」しまったと思われる。Bさんは、「別にX病院でそういうので
きなくても」「はまろうかな」と思えたのは、現在の病院で直ぐに「コンチネンス」の看護
実践ができる見込みはなくても、今後実践の場で自分も看護師として「自分が寄り添える」
ようになれる可能性が期待できる領域だからこそ、「コンチネンス」の「資格」を取得する
という行動に移行していったのである。それは、Bさんが「コンチネンス」という関心を
できる限り継続する自分でありたいと思っていたからなのである。

最初の配属先が手術室に配属となったJさんが関心を寄せている手術室看護を極めていく過
程を、1回目のインタビューの最後の方で「パズル」というメタファーを用いて語り、2回目のインタ
ビューではパズルの枠を自ら絵に描きながら語った。

トランスクリプト①（1 回目のインタビューで節目を語り始める）

J: はい。まず、就業時といいますか、自分の節目の 1 個が外科の先生にすごく認めてもらった時期があっ
て、それが 1 年目の後半から 2 年目の頭くらい、（O: 年表に 1～2 年目 外科と書き込む）はい、なん
ですね。それまでは外科の先生は怖くて、どうしようもなく、で外科の手術につくのも、手術室の看護
師なんですけど嫌でしょうがなかったんですけど、その外科の先生にやっぱり認めてもらって、「J は外
科が預かるから」って言って、外科の手術ばかりついてた時期があったんですよね。それを経て、手術室
看護師っておもしろいんじゃないかなっていうので、ま、手術室看護師として、えっとやっていこうかなっ
て考えたのかそこです 1 つなんですよね。（略）

（J-①-5～14）

（中略）

J: 話が戻っちゃうかもしれませんが、一番なのはパズルがこう 1 個 1 個こうピタッとはまって、ぼや
けてたものがパッと見えた瞬間が一番嬉しいんですよ。これだからこの資格持ってるんだっていうのを感じ
た瞬間だった気がしますねー。

O: そのパズルって、今全部はまった感じですか？それともまだ？

J: まだ、やっぱりちょっと。だいぶ完成はしてきてるんですけど、やはり所々抜けてるような気がしま
すね。病棟経験が自分にはないので。（O: うん、うん）で、術後 ICU とかで見ていたりはしましたが、
術前患者さんどうということしてるんだろうっていうのは、ピースがないですし、やっぱりそういうのは
どっかで埋められると良いのかなっていう気はしているんですけどー、やっぱりそこよりも自分がやって
きたことを発揮するので精一杯というか。

O: パズルが埋まってる所と埋まってない所があるっていう、今見えてるってことは、ジグソーパズルの枠
取りっていうのは見えてる。

J: はい。見えてます。

O: ってことですよ。そこがすごいなーと思って。

J: 多分それは自分の中で、オペ室での枠なんですよ。（O: あー）それが、まあ ICU だったら ICU の枠
がきっとあるんでしょし（O: あー）、ただ、そのパズルが別々ではなくて、共有しているところもいっ
ぱいあるような気がするんですよ。（O: うん、うん）

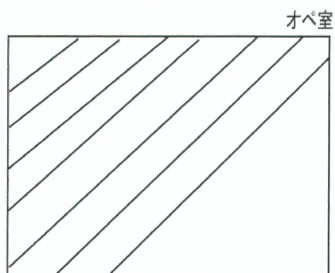
J: オペ室としては一枚の完成の絵とすると、だいぶピースを貼ってきたけど、ICU だとまだ足らない所
があるし、病棟になるともっと足らないし。っていうのはあるような気がしますねー。

（J-①-695～716）

トランスクリプト②（2 回目のインタビューでパズルのピースを埋めていく語り）

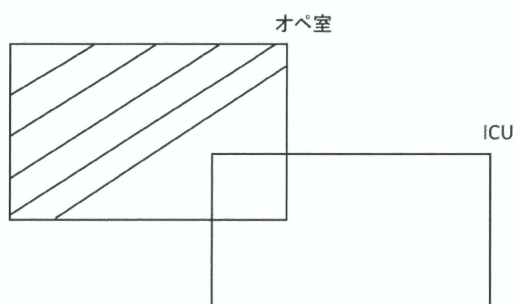
J: …、なんかちょっと、これが正しいかどうかはあれなんですけど、自分がこう絵に書いてみると（と

話しながら余白の部分にイメージを図式化して書き出す)、こういう枠というかパズルみたいなのがあって。この中にオペ室でこう(パズルを)埋めていったところで(オペ室の枠内に斜線を引く)、どうしても

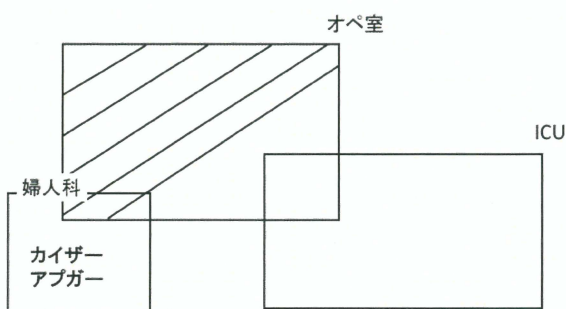


こう埋まんない、埋まんないからこそ自分の中でこの全体像というか、どうある看護師、オペ室看護師として、どういう看護師になりたいか、っていうのがわからなかったのが5年目、とかもややもやしてた頃って気がするんですよ。で、わからない、足りないピースっていうのが、5年目の時には例えばICU、その時はICUっていうところがあったんで、ICUだったらICUでこんな風に重複する

(次のようにICUの枠をオペ室に重ねて書く)ところがあるんですよ。でICUの中で、ここを埋めていくとオペ室の中のパーツがよりこう絵としては純度があがるというか、クオリティーの高い絵になるというか、になる。当然ICUのこっちのあいている部分もICUで働くにはある程度は必要なんでちょっとずつ埋めてってはいらんですけど、特にオペ室の枠があって。で婦人科領域っていうのは、このオペ室

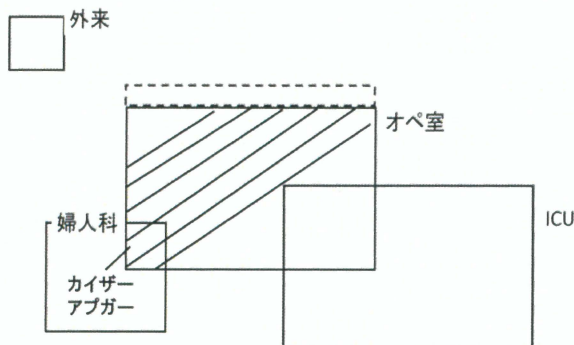


の中でお産でアプガースコアじゃないけど、あいうのとかも知ってるっていいことなんですけど、婦人科って男でも男性看護師でもあるんでそんなにつけることはないんで、オペ室として共有すると多分こういうところで、・・・カイザーだったらどうだとか、カイザーのことだけじゃなくて、じゃあ婦人科疾患も手術するんでこういう



婦人科の枠があってこういう(婦人科の枠を書き小さな重複箇所に印をつける)、ICUはもっと枠がでっかったかもしれないですね(ICUとオペ室の重複部分を婦人科の重複部分より大きくするように書き足す)。多分、こういう自分の目指す手術室看護師っていうのがあって、他の部署の所の経験から、他の部署のピースから持ってくることで初めてこの絵が完成するんだろう

なっているのが今は実はわかっていて、かつ、自分がこれを目指すが故に切り、切り捨てるという重複しない絵もあるんだなっていうのも。さっきのこれっていうと外来とか(O: あーはい、はい)。



(左記のように欄外に外来の枠を書きはじめ)、自分が全く、、、ま、外来も本当はちょっとくらい知らないといけないんですけど、(笑) けど、まあ、ここの 1 個 (の枠) はなかったとしても自分の作りたい絵としての、何ですかね、(完成するのが) 車の絵だったとして、ここがなくても、車の絵がフェラーリなのかポルシェなのかわからないけど見えてる

んで、そこまで大事じゃないっていうイメージですかね。なんで、パズルの絵、パズル、、このピースがこの 1 個 1 個の経験になっているので、パズルっていうのは職業経験っていうところで。看護師、自分の描きたい絵がここ (手術室の枠を示しながら) に書かれてるような気がするの。

○：フェラーリとポルシェって、おしゃってたので、どんな車種、どんな車っていう風に置き換えればいいですかね。

Ｊ：車ってあまり興味ある訳じゃないんですけど、はい。なんで、ここの部分 (自分の描きたいオペ室の枠のこと) がなかったんで、自分が始めオペ室にいた時はどんな絵を完成させたいのかもわからなかったんですけど、でも、こんだけ占める部分 (ICU との重複部分のこと)は必要だっていうのは自分の中にあっただんで、それでもややもやしてたような気がしますね。

○：もややもやしてた時って、お話の中でも漠然とぼやけたものって言って、その時って、絵っていう感覚、自覚はその時はあった。「何の絵を作っているのかもわからなかった、漠然としかわからなかった、漠然とぼやけたものを何となくやってる」っていうその時は絵を描いているみたいな感覚っていうのは？ あった、なかったと言われると？

Ｊ：あんまりなかった様な、気が。でも 足りないものがピースなんだろうっていうのは、この時には自覚をしていたので、多分その絵を作るっていう認識もないまま、なんかこう、いろんなプラモデルもそうですけどパーツだけが手元にあって、このパーツの 1 個 1 個って何なんだろうっていうのが、多分もややもやしていた気がするんですよ。

○：そうすると、枠なんて別に、

Ｊ：枠は (○：も同時に) あるんだか、ないんだかって感じですねー。

○：パーツだけがあって、それを組み合わせていくことはしてるし、足りないってことは、

Ｊ：足りないってことは知ってる。でもオペ室やりたっていうのが 4 年とか 5 年目くらいの時にはあったので、それも今にして思うと、自分の作りたい絵の完成というか、あったような気が、、、しますねえ、、、。

でも本当に ICU のピースが足らなかったの、さてじゃあするけどスカスカで、本当にもうみっともない絵じゃないけど、しょぼい絵じゃないけど、まあそこだけ持っていたような気がするんです。見せられないじゃないけど。

(中略)

J:、、、この枠っていうところにいくと、多分その枠 1 個 1 個もパズルを作成するための額縁という縁な気がするんですね。で、その縁が独立はしてなくて、どうしても重なって、俺が ICU 作ろうとすると多分 ICU のピースが足りない。なので、すごいあやふやではあるんですけど、自分がその部署で働くための、何て言うんですかね、、、こう、、、働くための知識であったりとか、技術であったり、、、そういう形、形というか、、、、。その部署での、そうですね、、、小さい枠はやっぱり自分に必要なピースを納めるための箱みたいなイメージですかねー。

O:働く、働くって言うのは、業務みたいな感覚って聞いちゃってもいいかしら。

J:業務、はい、まさっき言った「患者さんを見る」、とか色んなことを含めての、そうですね、知識だったり技術だったり、1 個 1 個のピースになるんだと思うので。看護師役割の遂行でいいんだと思います。

O:あっ、そうか。お仕事としては知識を使ってこの枠の範囲でやるんだよ、だけど、そこを埋めて浮かび上がってくる絵っていうのは、さっきもより鮮明じゃなくて、質の高い絵でしたっけ、なりたいていうことが、絵がくっきり見えていく。

J:その作りたい絵を完成させるための、何て言うんですかね、ベースとなるものというか、それが多分、その枠がないと自分があやふやになってしまう様な気がするの、自分がその場所で働くための何かこう一番基本となる。パズルの、俺のパズルの作り方が、一番四角の端っこ始めに作るんですよ。(O:あーあー)で、ここの四隅のこのパズルの角があって置くとするじゃないですか。あとはツルツルの所がこういう風になってるんで(パズルの枠を書き四隅を埋める絵を書きながら)、一番始めに枠組みから作るんで、(O:うーん)多分、それがないと何もできないのが自分にあって、(O:うん、うん)それなので枠をしとかないと自分がその所で働けない、働くためのどうしても必要な最低限のことというか。

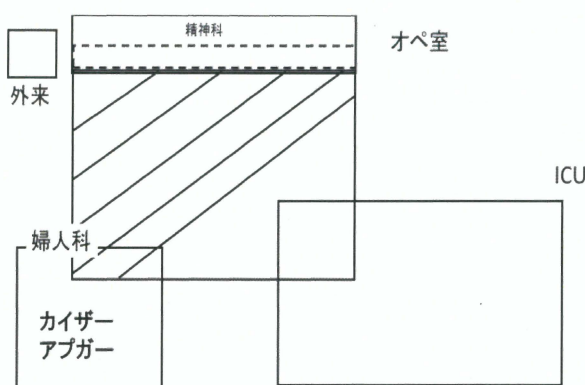
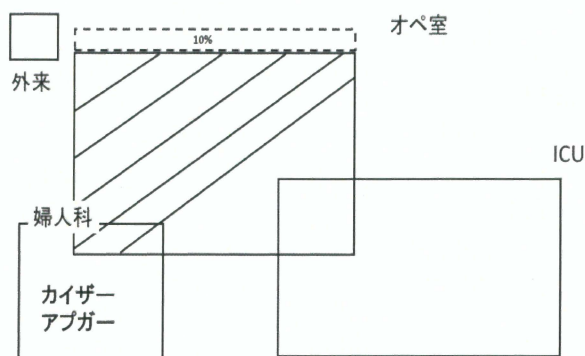
O:なるほど、さっき、ベースって言ってた。何か、わかってきたような気がします。

J:そうですね。

O:では、概ねこの比喻のところは、内容は OK です。大枠っていうのが、職業人生を通じての自分が目指す看護師像って。

J:そうですね。

O:単純な看護師像ではなくって。自分の職業人生を通じての看護師像。もう少し長いスパンでの看護師像でいいですか。



J: はい、はい。もうこのくらいになってくると、今でもすごくもう、80 点 90 点、100 点とは言わないですけど、80 点から 90 点くらいの絵を作るためのピースは何を揃えればいいのかをわかっているような気がしますし、

O: 大枠の？

J: 大枠、オペ室の。あー、大枠なのかなー。で、これに足りない、例えば 10%は何かはわかっていると思うんですよ。自分のオペ室の枠がここだとすると、こんな感じですね（と言いがら次の図のように点線でオペ室の枠に四角を書き加える）。

O: あー、なるほど、ここが 10%なんでね。

J: 10%くらいで。精神科領域のことがわかると、もう少し患者さんの心情に対してアプローチができるんじゃないかなとか、

（と言いがら次の図のように精神科を書き足す）でもそれをしなくてもだいぶ、こういい絵はできてるんで、本当純度を上げるためにはどんどん、どんどんピースを足してってもいいのかなという気はしてるんですよ。なくても全然絵としてはクオリティは高いけど、あればあっただけいい絵はできるっていう気がしてます。上手い説明じゃなくてすいません。

O: いえいえ。だから、もうもやもやすることはないってことですよ。すごくいいなーって、思っ聞いてて。

J: 絵が自分の中でわかると嬉しいですよー、作ってて。

O: そのことおしゃってますよね。嬉しいとか。何で嬉しいのかっていうのがテーマにある看護師国家資格者だから。そここのところが、看護師だからこそのことを言ってくださってるなと思い、ここの（5-1）のテーマに。作る絵はそれぞれ違うけど、向かっていく先は同じなのかと。

J: この資格を持ってないと見れない絵っていうのは多々あるような気がしてて。

（中略）

J: 未知の世界ではあると、思ってる。自分がやってないことに関して興味があるのと、あとどこかしらで自分が見てきたことと繋がってるのではないかなと。さっきのピースの話をしちゃうと、集めたピー

スが精神科のところに何か関係しているので集めているような気がして。ICU のピースで集めたのがオーバードーズやって自殺の患者さんもいましたし、そういうのは精神疾患からくるもので、そういうピースが一体何なんだろうなって。たった 1 個のピースが、それだけで精神科っていう絵が全く見えないというか、本当に片隅しか見えてないもので、実はおもしろいっていう言い方もあれなんですけど、もっとこう見てみたい絵なんじゃないかなってしてるんですよ。

O: 10%のところの枠は見えるけど、絵が、、(J: はい)

J: 自分の絵とすると、精神科の 10%の、精神科だけじゃないんですけど、全然なくても自分としては世に出せる絵なんですよ。その 10%の絵が入った方がよりクオリティがあって、例えば銀賞だったら金賞になるんですけど (O: 笑)、自分では思って、より完璧とは言わないですけど、自分が描く看護師像の中でより精神科を知ってた方が、よりこう自分が描く看護師像に近づけるような気がして。その中で、ピースはあるけれど、違う小枠の中の全体像が見えないんで、その 1 個 1 個のピースをどこに配置していいかわかんないような感じなんですよ。手持ち無沙汰で持ってるようなものを活用方法がわからないんで、働いてみて、このピースが車のヘッドライトだったんだっていうのをして、自分の中に付け加えたいっていうのがあるんですよ。

(J-②-522~738)

J さんは、1 回目のインタビューの最後になって、「話しが戻っちゃう」と会話の流れを変え、「自分の中では」「オペ室」という枠の中に「一枚の完成の絵」にするまで、「パズル」に「ピースを貼ってきた」とメタファーを用いて語り始めた。そして、2 回目のインタビューでは、「これが正しいかどうか」と確信が持てないながらも、言葉には十分できないことをパズルのピースを実際に絵に描きながら、1 回目の語りを絵で追加する。描き始めたピースの絵は、5 年目のころは「足りない」ピース（経験）があるが「もやもや」していたが、「スカスカ」の「みっともない絵」「しょぼい絵」「見せらんない絵」だった。ICU に異動することでその絵に手術室看護との重複部分のピースが貼られ「純度」の高い「クオリティの高い絵になる」すなわち、「10%の絵が入った方がよりクオリティが高まる」という。すなわち、J さんにとって、関心領域は「オペ室での枠」にある手術室看護であり、「ICU の枠」すなわち急性重症時の看護は、「オペ室の枠」という「パズル」に「1 個 1 個」の「ピース」を貼る、つまり経験を積み重ねてつなげていくことでしかない。婦人科領域の看護と重複するカイザーの手術のピースはすでに貼り終えているが、「80 点から 90 点くらいの絵」にまでで完成している。あとの 20 点は、「病棟の経験が自分にはない」こと「精神科」のピース「銀賞だったら金賞になる」絵である。特に精神科の看護実践は、ICU で

遭遇した「もっとこう見てみたい絵」として捉えられていた。Jさんが「実は今」していることは、「自分の目指す手術室看護師」の絵があり、いつかそのような手術室看護が実践できるよう、そこに向かって「ピース」を貼り続けていたのである。

以上の解釈から、2名の看護師は各々関心を寄せる実践領域があることが明らかになった。Bさんは泌尿器科外来で「辛い」思いをしている患者が「生き生き」と変化する関わりをしている「コンチネンス」という領域、Jさんは「手術室看護」という領域を「一枚の完成の絵」にするまで関心を寄せ続け「ピースを貼って」いた。BさんもJさんも自らの勤務部署でその関心領域が明確に定まっていた。しかし、2名とも関心を寄せている領域が、今現在の自分の実践では満ち足りておらず、Bさんは、「宗教的に」「はまっちゃって」しまうくらいコンチネンスの外部講師の研修を受けに行き資格も取得した。Jさんは、「銀賞」ではなく「金賞」の絵になるまで「ICUの枠」の他「精神科の枠」や「病棟の枠」の「ピースを貼り」続けていこうとする。この継続性は各々の関心領域の強さを備えている。そして、いずれの部署で勤務すればよいのか、現在の病院で活用できなくてもよしとするのか、自分の未来の実践に向けた追求のために自答自答していた。したがって、第1の Super-Ordinate テーマを「自分が決めた関心領域を追い続けるためにどうするのか」とした。

4-2) 自分の「強み」をどのように生かすことができるのか

5回の部署異動を経て13年目になったBさんは、自らの異動の多さを「自分の強み」と言い、今後の取り組み姿勢について語る。

B: (前略)で、その、真ん中の子が生まれる前に1回オペ室に行って移動してますので、その時にあんなにコンチネンス好きだったけど、外科出身だからやっぱ外科の手術をじゃんじゃん見て、やっぱ全然平気なんだなって、そんな人の臓器とか興味出てきちゃって、多分どこでも好奇心あるタイプなんだと思うんですよ。多分、ふふ、..、多分あの中の科においても多分興味を持っていけるタイプなのかなって、自分では思うんですけども。あっ、本当に新人で外科にいて、改めて今手術室を通して見たら、外科に行ったら、こうこうこういう風に手術して帰ってくるってわかるから、なんかこう、深く看護できそうだなーっなんて思えるから、外来で手術終えて帰られる患者様も見てたので、こう一連の入院からの帰っていく流れが見えるなって、患者さんの入院から帰っていく流れを知れたなって、最初に言った強みなのかなって。すごく、長くはいないんですけども、がじった、かじった感じはあるんですけども、まっちょっ

とそういったところを見れたことは、自分の強みになっているはずだから、だから今度病棟に行ったら、頑張れそうと思いながら（強調気味のトーン）、行ったら大変なこともあると思うんですけども、3人目っていうのもあったんですけど・・・だから、行くところ行くところで少し興味が湧くみたいで私は。あんだけコンチネンスはまっていたんですけども、あの、オペ室行ったらもう一回病棟戻って頑張ろうかなって、そのためにオペ室で頑張ろうと思っています。はっきり言って。 (B-①-335～355)

Bさんは、第2子が生まれる前に手術室に勤務したことを契機に、コンチネンスから手術を受ける患者の看護に興味に移行した。それは、Bさんが、「（皮膚・排泄の）認定の話が流れちゃっても」「（コンチネンスの）セミナーに行きづらくなっても」とどのような状況の変化にも関心が寄せられることを言い表そうとする。それは、「どこでも」「どの科でも」「好奇心がある」「興味を持っていける」という言葉に示される。そして、「多分」を繰り返しながらも「タイプなんだと思う」「タイプなのかな」と自分の傾向を客観的に表現することができている。自己を客観的に表現している視点として、各部署の所属期間が短期であることに着目するのではなく部署異動の多さに着目し、それを「強み」と捉え、さらに将来の看護実践に価値づけられるものとして未来のBさんにつなげていた。その結果、Bさんは2回目の手術室勤務において、手術療法を受ける患者が辿る、外来－病棟－手術室－病棟－外来という「一連の入院から退院までの流れ」を知っていることが「自分の強み」と捉え、将来、病棟勤務に戻り「自分の強み」を生かした看護実践を目指し、「そのためにオペ室で頑張る」ことを決意していた。たとえ、「かじった感じの」長くない期間の勤務だったとしても、Bさんは、その期間で得た経験を自分で1つ1つ未来の自分に橋渡しするようにつなげていくことができるという「強み」として捉えていた。

Jさんは、以前勤務していた病院の手術室勤務やICU勤務の経験から、現在勤務している病院で「ゆくゆくは」生かしていきたいことを語る。

J：（前略）あとは家族も、ICUの経験からも家族が見れるようになったのは（O：うん、うん）やっぱりなったような気がしてて。これはうちの子（後輩）には言うんですけど、手術の時間の説明で手術時間をオペレーターは手術そのもの（の時間）を説明することが多くて、そうすると手術前の準備の時間、麻酔導入の時間であったり30分とか1時間、科によって1時間かかったりもするんですけど、手術が終わって醒ましたりとか、リカバリーで過ごす時間で1時間から2時間かかるんっていうのがあるので、前は

そういう説明をしていなかったのが家族のことを考えるようになってからは、（手術室の）中にいる2時間の手術なら2時間って説明すると、その2時間以上かかっちゃうんで、ご家族様が長くなればなるほど心配するので、そのプラスの時間を考慮してもらえるといいですよっていう説明ができるようになったのがやっぱり。このアセスメントではないんですけど、このICUの経験がある気がしますねー。

O:だんだん広がっていく感じ。

J:救急の講義とか、ちょうどACLS（Advanced Cardiovascular Life Support：二時救命）とかピーティックN（PTEC：Prehospital Trauma Evaluation and Care；日本救急医学会公認の病院前外傷教育プログラム）とかある中でNテック（JNTEC：外傷初期看護のプログラム）がABCDEアプローチはABCDEFでプラスのFをつけるっていう考え方を良く言ってて、AがAirway、breathing、循環、意識、体温で、Fが家族の対応って言ってるのがあって、それから家族をないがしろにしては駄目だなっていうのがすごく学んだことの1つではありましたね。その時（ICU勤務の時）にじゃあオペ室でどうしようかっていう思いがあって、ずっとあったので、それが今生かせるのではないかと自分では思ってるんですけど。あと本当はゆくゆくは術中訪問っていうのをやってる施設もあるので、（O:術中訪問？）はい。よく術前訪問っていうのは手術の前に行って、術後訪問っていうのは手術が終わった後に自分達が行くんですけど、術中は時間が延びた症例を待ってる家族に対して、「今ちょっと時間延びてるんですけど順調ですよ」って言う施設もあるんですよ。（O:あーあー）そういうところまで持っていければ、（O:あーあー）いいのかなって思うんですよ。（J-①-284～313）

J:あとは、前やって当たり前だったことが、ここでも患者さんと家族のためになるのであればやっていきたいですし。あとは最新の事とかでも、ちょっと病院の経営とかにも関わって来ちゃうんですけど、麻酔看護師じゃなくて名前が出てこなくて申し訳ないんですけど、麻酔認定看護師みたいなのをやって（O:ああ、ああ）、麻酔学会が認定する。多分あと何年かで保険点数とれるんですよ。そういうのもうちのオペ室で情報知ってるんで、それを（すると保険）点数とれますよとか、患者さんにプラスになりますよっていうところをゆくゆくはしていきたいという2つがありますねー。

(J-②-295～303)

K病院での勤務経験があるJさんは、これまでK病院で行ってきた看護実践で「家族をないがしろにしては駄目」「患者さんと家族のためになるのであれば」という思いを起点にして、「ゆくゆく」という未来を表す言葉に附随してL病院の手術室で生かしていきたいこととして、家族への術中訪問と麻酔認定看護師の2つをあげている。それらは、K病

院の手術室やICUにおける「当たり前」の看護がL病院では「当たり前」ではない現状があるからこそ「足りていない」と捉え、Jさんを「ゆくゆく」という未来に志向させるのである。Jさんは、K病院ではABCDEFでプラスのFをつける考え方を積極的に習得しており、「家族をないがしろにしない」看護を大切にしてきた。その1つが手術中に家族を訪ねる「術中訪問」であり、「前やって当たり前だったこと」をしていないため、「うちのオペ室で足りないこと」として浮かび上がる。また、「麻酔認定看護師みなの」とは、日本麻酔科学会、日本手術看護学会、日本病院薬剤師会、日本臨床工学技士会の4学会が共同認定する周術期管理チーム看護師のことであり、このような看護師の配置が、最新の保険点数の加算につながることを表している。患者本人のみならず手術の終了を待っている「家族のことを考える」「家族の対応」にまで渡った。関心領域に特化して勤務してきたJさんにとって、その領域での過去の実践や先端の知識を持ち合わせていることが、自分の強みとして捉えられたのであった。

以上の解釈から、Bさん、Jさんともに「強み」を持っていることが明らかになった。Bさんは、自分の様々な部署で勤務してきたことが、患者の「入院から退院までの流れ」を知っている看護師という「強み」であることに気づいていた。また、Jさんは、異動「前（の病院で）やって当たり前だった」患者の手術を待つ家族をないがしろにしない看護や「麻酔認定看護師みたいな」ものを知っていることも強みとしていた。いずれの看護師もこれまでの自分が行ってきた実践やその価値観を過去に留め置くことなく、未来に向けた志向性をもっていた。それは「病棟勤務に戻ったら」や「ゆくゆく」といった言葉に現されており、自分の強みを生かす時期や場を想定することができていた。そこで、第2のSuper-Ordinateテーマを「自分の「強み」をどのように生かすことができるのか」とした。

4-3) 病院で看護実践者を継続していくには自分は何を選択すればよいのか

社会人経験を経て30代で看護師になったDさんが、40代となった時に、将来のことについて語った。

O: (前略) すっごい個人的なことですけど、自分がどんどん年老いていくっていうのがこれがネックなんですけど。意欲っていうのあるじゃないですか。年取ると興味とか、なんかね、勉強行こうってなくなる。今、体休めることが大切っていうか、休みの日は寝てるし。正直それがちょっとそれが悲しい。私50

歳になるまで、あと5年、夜勤やってやる仕事っていうか、その、50歳を目標にしようと思ってるんですね。だから、そこをいかにあと5年上手くいくかっていうことです、続けられるか。この仕事って、本当に失敗すると患者さんに影響すごいじゃないですか、プラス自分の精神的にも影響くるし、やっぱ集中力って大変なんだけど、あと臨機応変に、イレギュラーなことって人間相手の仕事だからイレギュラーが多いから、それをいかに優先順位を変えてやるかって結構大変な仕事だと思うんですよ、今思うと。だから、それって体力があれば、体力っていうか、気力、気持ちかな、気持ちも体力もあれば何とかできるんですよ、だけどちょっとこの間みたいに嘔吐下痢で「オエーっ」ってなった時って*、自分で体力落ちたなーって、その前がちょっときつかったんですよ、準夜、準夜で、呼吸器つけている患者さんも見えて。多分どこかプレッシャーもあったんだと思うけど。だからそのね、今やってる上でちょっと変わったかな、、、40代になったら本当に健康って言ったら何ですけど、これからどうやって乗り切るか。確かに30代の頃は将来こうしたいって言うのがあったんです。人と関わるのが好きだし、教えるのも好きだし、在宅とかも興味あって、ケアマネとか取ったらいいよって言われて、「あー」って思いながら、やってるうちに結婚しましたと、結婚したらそっちの方に重きがいって、そういう気持ちが薄くなり、40代に入ってまたライフステージっていうか生活っていうかちょっと変わるじゃないですか、で私は子どもがいらないんだけど、あのーも変な話し旦那と2人で今後老後のこと考えて、お金貯めて、考える事多くなって、今後の老後に向けてとか、早いかもしれないけど。そう思ううちに、看護師として認定取りたいっていう人もいるんだけど、自分が取りたいかって言うとなんやりたいっていうのがなくて、別にスペシャリストになりたいわけでもないし、だから一番怖いのは、その興味を失うこと、あのただ単に仕事、仕事、こんなこと言ったら怒られるかもしれないけど、無事に終わればいいと思って、仕事がちゃんと事故なく終わればいいって、それってどうなのって言われると、何かすいませんって、大した人間じゃなくて。だから変わるなって、30代と40代でまた。また今度50代ですよなって思って。早いから結構12年ってあっという間だったから、50過ぎたときに3交替できるの？って、やってる方もいらっしゃるんです、その方は。結局私人より33からでしょスタート、経験年数も12年45になるけど、その経験で補っていきえるくらいでできるのかって、その失われた体力を補えるのかって。そうでもないし、じゃあ主任、師長、副師長になれるくらいに頑張ってキャリア積んでいけるかっていったら、自分そういう人間じゃないな、そんな器でもないし。と思うと50くらいでもし自分ができなくなったら辞めようかなって、潔くですね。

O:それは看護師を、病院を、夜勤を？

*1 第1回のインタビューはDさんの体調不良で変更になった。

D: こういう病院、夜勤をです。仕事、迷惑かけたくないっていうのがあるんです、何十年もいるのに、50とか、いるのに、何ていうのだろう、煙たがられるのも嫌だし。じゃあそれに見合うような師長さんクラスとかになればいいでしょうけど、そうでもないし。でも50代でも私に良い影響を与えてくれた人はいたんですよ。さっき言ったステルベンのことを言ってくれた、あなたに看取って欲しかったっていう話ししてくれた。そういう素敵な先輩になればいいと思うけど、ただ体力的に私、できるかなって思うし3交替、そう思うと別の働き方を考えればいいと思うし、それができるのも看護師なのかなって。
だからちょっとこの5年間はどうか生きるかは確かに私の課題というか。 (D-①-558~612)

Dさんは、「夜勤やってる仕事」を「あと5年」で迎える「50歳を目標に」「3交替」がない「別の働き方」を変更することも視野に入れている。それは、「体力」「気力」の変化を感じ、「50過ぎたときに3交替できるの?」という疑問が湧いてきているからである。これまで、「在宅」看護への興味から「ケアマネ（一ジャー）」の資格取得にも関心を持った。また、「教える」ことも好きだった。このように多くの「なりたい」ものがあったが、認定看護師などの専門にしたい領域はないので「スペシャリストになりたいわけじゃない」ことは自分の中で決まっている。また、自分は「師長、主任、副師長」という看護管理者になっていけるような「器でもない」ともDさんは言う。すなわちDさんは、スペシャリストになることも、看護管理者になることも自分で選択することを希望しなかったのである。しかし、「人と関わることは好き」なので、ジェネラリストという実践者でいたいことは明白であり、病院で働くことは継続したい。自分の体の回復に休日を費やすことが、自分の意思に沿っておらず「ちょっと悲しい」のだが、患者さんにも自分にも失敗という影響がないように働きたいが、看護実践に「興味を失うこと」が「一番怖い」働き方だと捉えている。そのために夜勤がないという看護師実践者としての「別の働き方」をあと5年間で考え意思決定していくことが「私の課題」と捉えているのであった。

Jさんは、現在のL病院で今後、自分の描く看護実践について、インタビュアーの問いに答える形で語った。

O: うーん。あのー1つ聞いても良いですか。違う内容で。

J: はい。

O: オペ室で認定とかありますよね。そちらの方は?行く、行かないみたいな。

J: はい、ずっと思っではいて。ただタイミングと子どもがいたりとかで。あと金銭面とあと去年の夏に実習指導者講習会っていうのをやって。ちょっと大学院とかも興味が出てきたなっていうのもあるので、ちょっとあるのでそれで、嫁と相談しながらっていうのが現状なんですよ。

O: ここから先どうしようかなーっていうところ。

J: まあちょっと、汚い話なんですけど、ある程度物言う時って立場が必要じゃないですか。その立場を得るためにはどういう選択肢が良いのかなって思っているところなんですよー。

O: 物言うときっていうのは、言う物、言う内容はオペ室のことだけじゃなくて？

J: まあ基本的にはオペのことが多くなるんですけど。例えばうちの病院全体で良くなることとかも立場がある方がいいのかなと。物品 1 つとっても、僕は 2 つ経験があるので、あっちで使い勝手良くて使っていた物が採用されてないとかってあるので、そういう物を入れてもらう時ただのオペ室の看護師よりも役職がある方が良いですし。そういう認定っていうのも言いやすいのかなという気がするんですけど。なんで、必要なことなのかとちょっと、働いてると感じることで、でもまだオペに関しては知りたいっていうのがまだあるので、そういう意味からは認定なのかなと、ちょっと考えてます。

(J-①-756～779)

現在、L 病院に勤務する J さんは、将来、この病院の手術室看護師として実践を継続することをイメージしていた。しかし、「ただのオペ室看護師」より「役職」のある看護師の方が、使用しやすい器械の購入に関しても「立場」が必要と捉えている。物品の購入については、「ただの手術室看護師よりも役職のある方が良い」と言っていることから、「立場」のある手術看護師とは「役職」のある看護師のことを表しており、その対語として「ただの手術室看護師」を用いる。手術室看護を極めたい J さんは、現在、役職のない手術室看護師だが、役職のある手術室の看護実践者として、「大学院」進学か「認定」看護師のどちらを選択していくのか家族とも相談している。いずれの選択をしていくのかは自分自身ではあるが、手術室看護という特定領域への関心が定まっている J さんにとって、現在の病院で看護実践者であり続けるための選択を考え認定看護師という選択を視野に入れているのであった。

卒業後、地元の S 病院に 5 年勤務し、6 年後上京して T 病院に再就職した F さんが、初心で抱いていた極めたい看護が年々変化していることを語った。

トランスクリプト①（1回目のインタビューで節目を語り始める）

F：あと、多分節目になるのは、、、、、、（ガイドを見つめながら）選択した、、どうなんですかね、あとはこっちに来てから、、辞めたくて辞めれなかったことはあるんですけど、それも選択になるんですかね？（笑）

O：う、ん、Fさんがそうかなと思ったら。

F：本当は、私もともと、前の病院でCCUとか循環器をやってたんで、ここでもちょっとできればいいなって思って来たんですけど、あまり情報もとれてなかったし、あんまり循環器の患者さんがいなくて、やっぱりちょっとちゃんとやりたいという思いと、仲いい友達とか、救急とかにいる友達に話聞くと、やっぱりここでくすぶっ、これで自分が急性期をやりたいという気持ちがあるのにこのままでいいのかってすごく悩んだ時期があって、1年2年くらい前なんですけど、それも迷ったんですけど、なんかこ
う、ここで結構後輩育てるのとかにも慣れてきたし、環境も慣れて、先生とかもコミュニケーションとれ
る中で、もうちょっと外科でできることもあるから残ろうかなと思って、、辞めれなかったんです。あ
と、急性期にもう一回戻る、勇気がなかったのかもしれないです。ちょっと年もあり、、結婚してて
子どもも欲しいしと思い、それもいいんですよキャリアで？

O：いいんです、いいんです。

F：っていうのもあって、ちょっとまだ動けてないんです。

（F-①-42～61）

トランスクリプト②（心臓血管外科のない病院に就職した理由を語る）

O：・・・・・・でもこの時に心外が前の病院で立ち上がって2年間くらいは働いて、でも心外がない病院でもいいと思ったのは？

F：心外は立ち上げはしてはいたんですけど、循環器内科はずっとあって、いろいろ勉強してて、心臓外科も入ってきたんですけど、心臓外科をやりたいと思う反面、手術の術後の経過があんまり良くなかったりして、
いいイメージの患者さんが、患者さんていうか術後の経過とかを見てると見てるのも辛くって、手術をす
ると、そこまで辛い思いをしったりじゃなくて、あと、外から見えるじゃないですか、心外のドレーンとか
傷が見えたり、外から見える情報じゃなくて。心内だと切っていないから色々心電図を見たり、症状見たり
して、自分でもアセスメントするのも楽しくって、なんかそこまで外科にこだわらなくても内科でいいか
なってちょっと思いました。その時は病状とか病態とか患者さんを見れる内容に興味があったんですけ
ど。病院変わる時は。

（F-①-393～404）

トランスクリプト③（管理者ではなく実践者としての理由を語る）

O: そうやっていたことを、振り返ってくださるお話をしてくださって、これからどうしていこう、悩みつつも改めて考えていくと、どういう風にしていきたいと、..

F: そうですね。どう、したいのかが見えてない部分もあるんですけど、管理職じゃなくて、こう病棟とかでスタッフとかで患者さんと関わっていきたいって言うのがあって、たけどのスペシャリストになりたいのとかもわからない。ストマとかやってるんですけど、WOC になればいいんじゃないって皆に言われるんですけど、いやーそこじゃない。最終的にやりたいのは、やっぱり循環器に行きたいっていう思いがあるから、そこにはちょっと手をつけたくなくて、WOC に行っちゃったらそこしかできないじゃないですか。自分の可能性を広げたくて、今年、都看協の教育の研修にも、実習生の研修にも行かせてもらったりとかするので、何がやりたいのかがわからない、迷ってるのをを煮詰めようかと思ってます。

(F -①-290~303)

トランスクリプト④（管理者ではなく実践者としての理由）

F: (12 年間) 続けている人もあんまりいない

O: そういう中で F さんが臨床から離れないで続けてこられてるのって。

F: 患者さんと関わる方が好きなんですよね。日々。学生さんだけではなくて、日々医療をしながら患者さんがどうなるかとかが好きなんだと思います。

O: 患者さんと関わる中で、自分の中であって思えるのは。

F: 自分の、ケアや言葉がけで変わったってわかることとか、ですかね。今とかだったら、痛みを訴えてこないがん性疼痛の人とかいて、じゃあどうしたら言ってくれるのかって。

O: どうやって声をかけるんですか。

F: 結局できなかったんです！できなくて、あのがん専門看護師に聞いて、ちょっと入ってもらってしつつ、まあその調整が必要なんですけど、そういうのとかをしつつ、目に見えるじゃないですか。やったことが目に見えるというか、学生に関してもとか 1 年目とかに指導するときもそうなんでしょうけど、苦しんでる人にできるっていうのがいいのかも。学生も実習生も別に普通の人ですから、って思うんですよ。

O: 看護実践を大事にされてる。

F: そうです。実践の方が返ってくるものがあるので楽しい気がします。

(F -①-456~475)

トランスクリプト⑤（WOC ではなく重症集中ケアが迷っている語り）

O: ストマの方はこれじゃないって思えるのはどうして？っていうのと、循環器の方がそっちの方が私のやりたいことと思えるのは何でかって言うのをちょっと詳しく。

F: ストマのことは、うちの病院はスペシャリストじゃなくてジェネラリストを求めているので、WOC になっちゃえば別なんですけど、そうするとそろそろ異動になったちゃたら(ストマのことは)できなくなっちゃうんで。一応活動はできるけど、なんか極めていけない事実もあり、でも WOC になるほどストマとか褥瘡に興味あるかというのと、褥瘡の委員会とかはしてたけど、そこまで心臓とかを勉強している時の方が、楽しかったというか、命に直結しやすいとか、あとは外科の患者さんって、もう結構良くなっていく人もいるけど、だんだん最後悪くなっていくじゃないですか。循環器の患者さんは、最後は悪くなるんですけどコントロールしつつで、家に帰って自分の生活ができて、また悪くなったら入ってきて、日常生活のコントロールで何とかなる人も多くって、そういう指導をしたいのと、あとは急性期で命が重症でっていう患者さんの家族とかの支援を本当はしたいっていうのがあったんですよ、前の病院の時。で、ちょっと、やっтерことが違うから、多分自分の中で迷いがあるんですよね。結局、今何がしたいのって言われると、色んな現状を考えると、とりあえずあと1年、今の部署でもう1年頑張ろうかな。もうすぐ異動だから、その時にどうするのって言われたら、どうしようって思って過ごしている。他の部署も経験した方がいいのかなって思うんですけど、本当は脳神経外科とか小児とかうちの病院にはない部署もあるんですけど、病院を移るって言うのも選択肢になるんですけど、いろいろ人に意見を聞いてしまうと悩んでしまう。年齢的なこともあるじゃないですか、移るのも最後って言われると、循環器も大きくないし、心臓センターとか(心臓)外科とかもないし、やりたいことやるのは今しかないって思って、ここで教育とか安定しているのを、ストマの活動とかどっちがいいのって悩んじゃって、

O: 選択のどちらか

F: 師長にも面談で何をしたいのって、答えられなかった。答えられた方がいいんでしょうけどね、、、。

O: 答えられないことにももしかしたら意味があるのかなーって思うと、今はお話が私がお伺いしたいのは、やはりキャリアのお話なので、答えが出せないことにも何か意味があるのかってこと。……………: 私がお伺いしたいのは自分にとってどんな意味があるのかっていうこと。何なんだろうそれはっていう、、、。

F: 悩んでいる時間も大事なんですけど、結局、期限があるわけじゃないじゃないですか、この仕事ってまだ。定年とかじゃないから。ちょっと悩みつつやれば、もう少し、だってストマのこともここ1・2年で嫌いじゃなかったけど、それ程興味なかったけどやること増えきたから、もうちょっとやれば見えて来るのか、……………、なかなかこういろいろ変わる、病院を変わるほど、科が変わるだとかほどやって、それだったら色々やって、今やってることを深めてみてどうか、決め切れないです。色々やってみて、心臓もおもしろかったし、外科もおもしろかったし、何かここを、循環器を取れば外科ができなくなり、外科を取ってしまうと循環器に戻れなくなるし、循環器に戻れば外

科ができなくて、良くないけど、天秤にかけちゃってるんですよね。でも新たなとこに行けば新たなことがあるし、でもこのまま現場で行くなら何か自分に秀でてたものがないとなかなか難しいと思ってるんですけど。

O:それはどういう風に難しいと思う。

F:自分が病棟とかで働いててもやっぱり若い人達が増えてくるじゃないですか。その中で、何か強く持ってもらえるものがあると、働き続けられるんでしょけど、そうじゃない場合に、このバタバタと忙しい中でそれに耐えられるものがないんじゃないかとか、あとまあ普通に管理職に上がらないなら何かしなさいみたいなこと言われちゃうじゃないですか、それもありつつ。「次上がれるからね」って言われても、いやーそういうのは興味ないんですよねって、、、「だったらさあー、何かやらないの？」って言われると、いや、それ思ってるんですけどね、、、って。

(F-①-304~364)

迷いながら節目について語り始めた出来事とは、Fさんが新たにT病院で働くこととなった外科病棟についてであった。そこでは循環器病棟を希望したが外科病棟に配属された。T病院に就職した時は「(循環器を) ちょっとできればいい」「(循環器) 内科だけでできればいい」と思って就職した。しかし、「ちょっと」が「ちょっとちゃんとやりたい」に変化していくことがFさんを悩ませていた。Fさんは、S病院で心臓外科手術の術後経過が良くない患者の看護を行ってきた過去の経験から、「術後の経過を見てるのも辛く」「心臓外科をやりたい」反面「そこまで辛い思いをしたりじゃくなく」働きたかったからであった。また、循環器内科の「いろいろ勉強をして」働いてきた過去の経験からも「(ドレーンや傷などの) 外側から見える情報じゃなく」心電図や症状を「自分でアセスメントすることが楽しい」と思える働き方をしたかったからなのである。すなわち、手術という治療を伴わない循環器内科の「病状とか病態とか」をアセスメントする力を発揮できる看護実践に関心をいただいていたのである。しかし、T病院では、配属希望が叶わず外科病棟での勤務開始となった。

外科病棟勤務を継続しながら、Fさんは「どう、したいの见えていない部分もある」と言うが、自分が「管理職じゃなくて」病棟のスタッフとして「患者さんに関わっていきたい」ことは明確にしている。その理由は、「患者さんに関わる方が好き」を繰り返しながら、「自分のケアや言葉がけで」患者に変化があることが「目に見える」「返ってくる」だから「楽しい」ということも明確にしている。すなわち、「どのスペシャリストになりたいのか」、どの領域に焦点を当てて専門性を発揮していくのか意思決定できないでいる

が、看護実践者として病院という場で継続していききたいことは決めることができていたのであった。

このように、Fさんは病院という場で専門性を持つ看護実践者という方向性を見出すことができていた。Fさんは専門性を「秀でたもの」「強く持っていられるのもの」「忙しさに耐えられるもの」「極めていくもの」という表現をし、これを持っていることが仕事を続けていくためには必要な前提条件と捉えている。そのために、ストマと循環器という専門性を「天秤にかける」ことになっている。ところが、「WOCに行っちゃったら、そこしかできない」と皮膚・排泄の専門性を否定する語りがある。これは、Fさんにとって、「循環器に戻れなくなる」「循環器に戻れば」と言うように「最終的に」急性期の循環器病棟に戻るべき場所になっているからである。どのような患者さんに関わる看護実践者になっていきたいのかを迷いつつも、「自分の可能性を広げたい」ために、「もう1年頑張つて」「色々やって」働くことで、これからのFさん自身が選択するであろう未来が見えてくることを期待して働いていた。

以上の語りの解釈から、いずれの看護師もこれまでのように看護実践者として患者と直接関わる働き方を臨んでいた。しかし、Dさんのように、加齢現象を自覚しながらも事故を起こさず自分のイメージする看護実践が維持できるために勤務体制の選択を検討し、Jさんも自分の極めたい看護実践に向かうためには役職も必要であり、大学院や認定看護師の資格を有している看護師になろうとしていることを迷い、検討していた。さらに、Fさんは、どの領域の認定看護師になるのか今後の可能性を含めて選択を迷っていた。これらの看護師は、勤務体制や、勤務病院、勤務病棟の変更、進学を視野に入れているが、いずれも病院で看護実践者として勤務することが前提となって導かれた自己の働き方に対する選択であった。年齢はそれぞれであるものの、未来への志向性を持っているおり、看護実践者としてあり続けるために何を選択するかに悩み、迷っていた。したがって、第3のSuper-Ordinateテーマを〔病院で看護実践者として継続していくために自分は何を選択すればよいのか〕とした。

第1、第2のSuper-Ordinateテーマから、キャリア中期にある看護師は、個々人それぞれの時期に節目となる出来事において、自分が実践したいと決めた関心領域に明確に気づくと、それを継続して追いつけていくために自分の目指す実践の実現に向け、院外へ学習

に行ったり、部署や病院を自ら異動しようとしていた。また、自らの意思ではなく異動せざるを得ない状況であっても働く場から得られる実践を次の部署でどのように生かすことができるのか、否定的ではなく肯定的に捉え、これまでの職業経験の活用可能性の場を考え続けていたことが明らかになった。また、第3の Super-Ordinate テーマから、特定領域の場で展開される看護実践者としてのみならず、看護管理者という立場を含めてどのような選択をしていくのかを検討することを余儀なくされていた。それは、個人として看護実践をする立場だけでなく、病院組織としての立場も検討していくことを意味していた。いずれの Super-Ordinate テーマからも、未来に向けた志向性があったが、それぞれの看護師は、自分の看護実践を中心としながらも職業経験をふまえてどのような場で今後も病院の看護師としてあるべきかを問い続けていた。

したがって、これら3つの Super-Ordinate テーマの解釈から、第4の Master テーマを【4. 自分の経験から看護師として実践していく場を自分に問われてくる】とした。

5) Master テーマ【5. 試行錯誤しながら遂行したチーム内の役割を自分でも認められるようになる】

このMasterテーマは、看護師経験4年目から10年目頃にあった節目でのキャリアを表す。また、このテーマは、2つのSuper-Ordinateテーマである5-1)自分から関わることでチームの「目標達成」過程への成果を感じられると5-2)「自分の経験も」生かした後輩指導に納得がいくから成り立つ。

5-1) 自分から関わることでチームの「目標達成」過程への成果を感じられる

Gさんは、3年目の終わり頃に「半分希望くらいの感じ」で新たな病棟へ異動することになったが、「4病棟くらい集まって」できた新たな病棟では、皆が「元々の病棟への思いが強く」、「ぶつかるまではいかない」にしても、「正直バラバラ」からのスタートだった。Gさんはここでの出来事を語った。

G: (略) すごい大変だったんですけど、マニュアル作ったりとか、先生とも新しい人とか入ってきて、そのコミュニケーションとったりとか、どうしていったらいいとか、本当に毎日ここの病棟も帰れなかったけど、でも、若かったので体力もあったので、すごく充実はしていた気がします。

O:何が充実していたのかは？

G: みんなでやってる感がありました。協力して病棟良くしようとか一所懸命な人達が多かったんで、そ

の中で一緒に頑張ろうねとか、協力体制があるとか、そういう意味で、やりがいというか、あとは自分の作ったマニュアルとかちょっとした用紙とかが活用されたりとか、これ良いよと言われると、やって良かったなとか思ったりとかしたし、初めてプリセプターやったので、1年生を教える難しさもあったけど、できるようになってその1年生が他の先輩から認められてたり褒められたりしてるの見てるとちょっと、あ、嬉しくなったりとかはしてました。

O: そのマニュアルっていうのは、元々あったマニュアルではなくて新しく作ったマニュアル。

G: マニュアルとかは、あんまり良くないんですけどその病棟のローカルルールみたいな、すごい事故とかが多くなっちゃって、若い子がいたっていうのもあるんですけど、外科の子は内科のことを知らないの、外科と内科って指示の出し方も細かさが違うじゃないですか。外科、結構アバウト何で点滴の時間とかも内科はきっちり決めるけど、外科はこれ何時までにやっといてみたいない感じなんで。外科にいた子は、あ、こんな指示あるなんて知らなかったですとか、自分の考えで酸素上げ下げしちゃったりとか、内科ではあり得ないんですけど、そういうこととかがあったりとか、薬の量を間違えちゃったとか、あんまり使っていないような薬を内科は使ったりするので、あとはちょっとしたところで時間の抗生剤が落ちきっていないのに、2、3時間見に行かないとか、それは外科内科関係なくなんですけど、若い病棟だからすごいあってそういうのとかを無くそうって、その時安全リンクとかしていたので、事故をなくそうって先生達に協力してもらったりとか、それで事故が減ってきたので、ちょっとやりがいみたいなのを感じていたのかもしれない。

(G-①-553~584)

Gさんの初めて異動した病棟では、多様な病棟から異動してきた勤務経験者によって形成されていた。「内科と外科」では医師の「指示の出し方も細かさも」異なるため、点滴管理や酸素流量管理という医師の指示受けを伴う看護行為には、皆が各々の経験で行動してしまうため事故が多発してしまっていた。「安全リンク」ナースだったGさんは、病棟オリジナルの「マニュアル（を）作ったり」また、「先生とも新しい人とか入ってきて、そこのコミュニケーションとったりとか、どうしていったらいいとか」という表現から、医師と関わり看護師への指示受けの方法を調整していくことで、発生している事故防止に努めていた。生じている事故の内容が医師の指示受けなしには看護行為として不可能な内容であることから、Gさんは、「先生とも」事故防止のための「コミュニケーションを」取り、医師の指示の仕方や看護師の指示の受け方の両側面から「どうしていったらいい」のかをマニュアルに反映させていったのであろう。マニュアルは作成するだけでなく運用されなければ事故防止にはつながらないが、Gさんは作成したマニュアルについて「これ

良いよ」という肯定的評価を得ることができ、「すごい充実した気が」したり、「やりがい
みたいな」感触を得るまでに至っていた。また、「一緒に頑張ろう」という「協力体制」
のもと「みんなでやってる感」じが得られていた。それは、病棟に關与するチームメン
バーが事故防止という同じ志向性を持っていたからでもあったが、実際に「事故が減っ
てきた」という変化も生まれた。Gさんの「すごい大変」なスタートから始まった病棟異動
での出来事は、病棟の事故防止の過程において、安全リンクナースとして自ら病棟オリジ
ナルのマニュアルを作成したり、運用がなされていくように、医師や看護師にも直接コ
ミュニケーションをはかることで、ばらばらだった病棟メンバーが「みんなでやってる感
がある」関係性が構築され、医療事故減少という成果を実感するまでに至っていた。

Dさんが節目として語ったのは4年目のサブリーダー、5年目で病棟異動し、6年目でチームリー
ダーを担った時の出来事であった。その後、10年目で2回目のプリセプターやチームリーダーを担っ
たDさんは、1回目と2回目のチームリーダーとしての出来事がつながる語りをしていた。以降、Dさん
の出来事を時系列で記述する。

4年目のトランスクリプト

D: で4年目になって、これはちょっと「最初の危機で」。私の中でうーんって思ってることで、人間関係なんですけど。サブリーダーに任命されたんです。で、まだ昔っていったら何ですけど、今はやる時についてくれて、リーダー業務はって教えてくれるけど、前は「はい」っていう感じで、今まで見てきたでしょって、職人系っていう、「見てなかったの？」みたいな感じだったから。サブリーダーはサブリーダーだったんですけど、私の中では初めてだったんです、他の先輩もいる中で。でリーダーの人と話して「こういう風なことしたい」ってリーダーのチーム作りを許可されたんで、私もじゃあそのチームがその目標に向かっていけるように、サポートする役になろうって思って、それがサブリーダーだと私なりに思った。(略) 私仲良くしている子がいたんですよ。その人を花子さんとする、その花子さんとリーダーが馬が合わなかったんですよ。ちょっと板挟みっていう。でも私はサブリーダーとして、その何かこういう思いで言ってるんじゃないのリーダーさんは？とかってしゃべってたんですけど、何かどうも花子さんはそっちの味方みたいな感じになって、今まで仲良くしてたけどなんかしゃべらなくなって、雰囲気がん？ってなって、他の先輩が心配して、私なんか、結構何でしょうね、私も意地になって、結構その、いやいやって感じで、目標達成できるんだったら、そんなねー子どもじゃないしーとかって、思いながらやってたんですけど、今思えばちょっとねもう少し大人気なかった、

(略)ただリーダーさんからは、師長さんから聞いたんですけど、リーダーさんが、あなたのことをよく頑張ってくれたからリーダーとしてやってきましたって、という言葉聞いた時にちょっと嬉しかったっていうか。何か苦勞っていうか、いろいろ悩んだんだけど、よかった。よかったっていうか、それなりにリーダーさんの手助けにはなったかなって。 (D-①-73~105)

Dさんは4年目になった時、サブリーダーを「任命される」、チームリーダーのチーム作りを「許可される」という受動的なスタイルで担うことになった。そこで「私もじゃあ」とチームリーダーを「サポートする役」と自分なりに役割規定することで理解した。しかし、この自分なりに役割規定して行動したことが、「最初の危機」となる。サブリーダーとしてリーダーを「サポート」する行動が、仲の良かった花子さんには「そっちの味方みたい」な構図となってしまったため、「しゃべらなくなった」。「そっち」とはそちら側とこちら側という区分された隔たりがあることを表し、「味方」のリーダーと敵の花子さんといった二分された構図となり意思疎通がはかられない危機的状況であった。Gさんは「チームの目標に向かって」「目標達成できるんだったら」と言っているが、それはチームリーダーと同じ志向性を持つ者へのサポートである。花さんはGさんに関わることをしなかったが、Gさんも自分から花さんに関わることをしていなかったため、チームの目標を2人で共有できていない関係性が「危機」をもたらしていたのである。自ら目標を共有したチームリーダーからは、看護師長を通して「よく頑張ってくれた」という肯定的な評価を得られたものの、花さんとは自ら関わろうとしていなかったため、「板挟み」の感覚は拭えず、「チームの目標」に向かう成果は得られなかったのであった。

6年目のトランスクリプト

D: (略) その病棟で今度6年目か、コアリーダー、チームのリーダーさせられたんだけど、私サブはやったことはあってもリーダーやったことがなくて、別に今は、こういう仕事するのよって教えるんですけど、そういうのなくて、で、、何だろ、何か、何ていうのかな、、すごいそこでね、2回目の危機じゃないけど、(略) あ、何ていうのかな、、、、まず、(異動した病棟で) 1年は経って、1年経つと大体人とかわかるようになって、結構自分の仕事だけに頑張って一所懸命であんまり周りを見てなかったんですよ。まさか自分が、私も甘ちゃんなんですけど、周り全体を見るってことをまだ知らなかったんですよ。 (中略) そんな中、まー応リーダーだから、こう、あの何だろ、りんしょくの人かな？

O:りんしょく？

D:あ、臨時職員さんの人、んとー、でも夜勤とかはフルで入ってくれているんだけど、こんなこと言っ
ていいのかな、なんか、あの、あるメンバーと夜勤に入ったらちょっとね、あのシカトされるって言わ
れるから、なんか、相談されたんですよ。そこで、あっリーダーとして、無視するわけにはいかないな
と思って、まあ名前を聞いているから、と思って聞いたんです。でもなんか、それに対して何とか言お
うとしてたんですけど、4・5人グループが組んでましてね、(中略)サブの子が入ってるんですよ。そ
れで、えっと、すごい何ていうのかな、あのーうーん、こういうことで悩んでる子がいるからそういう
言い方止めてって言ったんだけど、わーって返り討ちにあって、ふんと思ったけど、だからといって、
私1人じゃないと思った、その4・5人以外は結構私と同じ意見だったんですよ。みんな思ってること
だったんだっていうことがわかって、そこからあの、なんだろう、師長さんとかも人見てるからわかるん
だと思うんですよ。主任さんとか。そういうのでなんか上手いこと、味方、相談にのってくれるように
なって、私は助けられた、上司の人についていうか。なので、上手ーい感じにいったんですよ。それで、
異動ってあるじゃないですか。結構異動していくうちにメンバーとかも結構そういう派閥を作らないメ
ンバーとか、皆で言い合えるような感じになったんで、そこからあのすごく仕事しやすくなったんで
す。そこからは言い合えるし、なんか、リーダーを私の中でさせられてる、プリセプターもサブリー
ダーもリーダーも、そうだけど「なりたいです!!」「なりたいです!!」って言ってやった訳ではな
いんですけれども、その年、やっぱ、節目節目に、節目って言うかある年代になるとやらないといけな
いじゃないですか。もうそれは仕方ない。ある意味サラリーマンも経験しているから、まそんなもんだ
ろと、やってるうちに壁にはぶつかるけど、でもまあ周りの人に助けてもらったなっていうこと、すご
く痛感したなって、上の人が見てくれてるなって、そういうのが、経験したからわかってきたのかなっ
ていうか、周り見なきゃいけないこと(後略)

(D-①-110~172)

Dさんは、6年目になった年にコアリーダーを任うことになるが、この時もリーダーを「させられたんだけど」と4年目の時と同様に受動的なスタイルでスタートするのであった。その頃を「2回目の危機」と言うが「何か」「何ていうか」と言いにくそうにして語り続ける。「なりたいです!!」と言って担ったコアリーダーではないが、夜勤で臨時職員が数人のメンバーから「シカトされて」「悩んでる」ことを「相談され」たDさんは、「リーダーとして無視するわけにはいかない」と自ら「止めてって言った」が直ぐさま「わーって返り討ちにあって」しまった。しかし、他のメンバーが「同じ意見」を持っており、「みんな思ってることだったんだっていうことがわかって」からは、「師長」や「主任」への相

談もできるようになり、「派閥を作らないメンバーづくり」「皆で言い合える」関係に変化していった。Dさんにとって、最初は「させられた」コアリーダーだったが、過去の自分のサラリーマン経験と同様に自分が「やらないといけない」役割となった時には自らの意思で行動でき、「上のひとが見てくれて」「周りの人に助けてもら」いながら、ぶつかった「壁」を乗り越え、「周り見る」ことでチームがまとまっていくことを実感していた。

10年目のトランスクリプト

D:・・・(前略)・・・うーん、まやって、また2回目の臨床指導とか、新人担当もさせられて、ま、させられてっていうか、でも嫌いじゃないなって思えたのは、やっぱり今までの経、学んだ中で、今度こうしたいなっていう欲がちょっと出てくる、何だろううん、あの時ああしたけど、今度こうしてみようって欲が出てきて、欲っていうか大した欲じゃないんですけど、だからと言って何かするわけじゃないけど、何ていうの、基本的にあんまり上から目線にはならないように、あのーコミュニケーション大事になって、すっごい痛感したんです。だから、コミュニケーションが新人と取れなきゃ何が何だかわからないじゃないですか。だからあのーなるだけフランクに話せるような感じにっていうようにはしようかなって思って、プラス自分では教えられなこととかは、詳しいこととかは他の人とかにも協力してもらえばいいやってくらいのスタンスでやらないとま、できないやって思って、

(D-①-189~201)

(中略)

O:なんか、あと、ごめんなさい、さっき聞いていてもっとお聞きしたいってなってなっちゃって申し訳ないんですけど、だんだん欲が出るっていうお話のところがちょっとよく分からなくて。もう少し。

D:あー、あの、最初に新人担当した時って、(中略)ああしとけばよかった！手探りじゃないですが。それで、、んーこうしたいとか、それが1年経ってみて、ま振り返ってみて、、、何かもうちょっとああしとけばよかったって思ってことを、臨床指導したときにとかあるじゃないですか。

O:例えばどんなこと？

D:例えば？あー具体的に？具体的にか？何だろ。・・・あー何か、何だろな、、、、、、具体的、抽象的かも知れないけど、こう教える時って結構こう一方通行になっちゃって、ることもあるんだな、、と思ったんで。次からはその、思ったのは、、新人なりの、これは、新人担当の話ですけど、新人なりの意見ってあるじゃないですか、勘違いだの、新人なりの目線とか、そういうのを聞かなきゃなって思ったんですよ。案外こうなるタイプだから私も(視野狭窄のジェスチャー)。自分の考えとか、10年目とか12年目の経験上こう言ってもわからないってことってありません？経験していないからわかりません、って

と思ったんですよ。やってみて思ったんですよ。担当（した年）だけじゃなくて、その間（担当していない年も含めて）のこともそうなんだけど。それで「どう思った？」って人の話を聞いてみようとか、あと、ちょっと任せてみるのもいいのかなとかって。ちょっとやってるうちに、何でもかんでも、ああしなさいこうしなさいって、言わないと動かない人って、まあ私がそうだったんですけど、そうそうそう思ったのが、何だろ、人ってこう与えられたらその役割を全うしようとしませんか？なんていうのかな、それなりにね。できなくてもいいんだけど、そうすると自覚って出るんじゃないかって、自分が経験してるから、私新人さんだけちょっとやらしたりとか、ある程度任せたりして、あんまり先回りしてもこっちが疲れるじゃないですか、ちょっと放ったらかしにしても、別に放ったらかしても見てるけどっていう、いいんじゃないかとかっていう考えを、むくむくって、経験した中で、毎年新人指導してるわけじゃないけど、経験したことを次にちょっと試してみたいっていうか、試すっていうか、そこでまた違う結果がでたらまた、あれっ？しなきゃいい、ってうのがありますよね。だからね、具体的に自分がこうしたっていうのが、その呼吸器にいた時に、新人さん、自分が育てた新人さんがま2年目になりました。でまた、新しい新人さんが6人くらい来たんです。で今って結構、あの今の指導って、優しい言って聞かせて、見て何とかってあるじゃないですか。そんな感じ、そうしないとダメなんですって、昔と違って（笑）。そうするとですね、先輩達も患者持ちつつ、そっちの方に行って、もういっぱいいっぱい帰れないんですよ。仕事終わるのも遅いし。で、リーダーをやってる人達と集まって、リーダーってその日のリーダーっていう業務やる人の。何かさ進まないよねって話をした時に、何だろ、リーダー業務が終わらない、リーダーは患者を受け持たないんだけど、1個1個なんか新人さんが「点滴入らないので入れて下さ〜い」って来て、（リーダーが）フリー番みたいになって、「何か違うね？」って思いがあって、「へっ？」って、「はいはい」って「点滴何回やったの？」って「やってませーん」とかって言うから「入りそうにないから頼みました」とかさって、「は？」って思うでしょ（笑）、だけど怒っちゃいけないって、あんだ、いつそれ経験するの？入らない人の？（笑）って思ったんだけど、そんな感じで終わらないのを、私なんかフリー番までやって、それをみんなも思ってたってどうしようかーとかって言ってたんです。私、結構家に帰るとその日のことを振り返って、あの時おかしかったなーって、次に生かそうっていうのが癖になってるんですよ。でその時思ったのが、家に帰って、何か全一リーダーに言うのおかしくないか？と思って、よくよく見たらその時は多分周りが見えていたんですよ。2年目とか3年目の子って、仕事できるので独り立ちして結構「何か（仕事）ないですか？」って5時くらいに聞いてくるんです。こっちは「ないよー（かなり低音口調）」とかって言いながらまだ終わってない、そうするとあれっ？余裕あるんじゃない？（かなり高音口調）って思って、それ大体、新人が言うてくることって大したことじゃない、大したことないって変だけどわかります？、それって2年目3年目でもできるようなことなんですよ、内容がね。それ2年目、3

年目に振ってもいいんじゃないって思って、次の日も私リーダーするってわかってたから、全体の申し送りの時に、その前に根回しじゃないけど、申し送り始まる前にこういう風にしたいんだけどさせてくれるって言うておいて、全体の申し送りの時に新人さんはこういう風にしてくださいって。2年目〇〇さんに聞いて下さい、それでも対処できない時はリーダーに言うて下さいって言ったんですよ。それ初めて自分がやったことかな。でお昼にいいねって話して、それをサブリーダーっていうのにしようって。それから(サブリーダーが)つくようになったんです。だから、自分としては、自分がリーダーとしてやったな！っていう感じ、小さいことかもしれないけど。ちょっと業務のあれをやったっていう。それは色んな経験の中から、そうやると楽しいなって、そういうのがやっぱりさっき話したいろんなことを試してみたい、試してみたいっていう1つかと思います。

(D-①-413~488)

Dさんは、10年目になると2回の新人教育担当となる。また、勤務帯ではチームリーダーをとる日が多くなる。この頃になると、新人教育やリーダーを「させられる」という受動態を言葉にするものの「でも」と否定してから「嫌いじゃない」と言い換える。好きとは表現せず「嫌いじゃない」と「嫌い」を否定する言い方には、自分なりの関わり方への「欲が出てくる」という肯定的意味が込められている。どのような欲についての語りであるのかインタビューアの質問に導かれ具体的に関わった場面が語られる。Dさんは、これまでに「すっごい痛感した」「コミュニケーション大事だな」という観点から、新人看護師に対して、「フランクに話せる」よう自分から「人の話を聞いてみる」と言う言葉の通りの関わり方を心がけた。また、「ちょっと任せてみる」ことも試みた。これら、新人の「話を聞いてみる」、2年目、3年目に「ちょっと任せてみる」という関わり方は、受動的ではない。「むくむく」とう擬態語からも、Dさん自身が主体となって「こう試してみたい」「今度こうしたいなっていう欲がちょっと出てくる」と自ら働きかける変化が見られる。さらに、10年目や12年目が経験していてわかることも、1年目では「経験していないことはわからない」とも語る。経験上裏づけられたDさん自身から湧き上がって出てきた考えや欲は、ここでも「やらされている」Dさんから自分から関わるDさんに変化していることを表している。そして、10年の臨床経験を持つDさんは、「その日の出来事を振り返って、次に生かそうという癖」を持っており、内省が習慣化されていることも表している。チームリーダーとして「初めて自分がやったこと」である2年目、3年目の看護チームメンバーに新人看護師のサポートを依頼する行動を事前にしたことも、「欲」という主体の側から起こした行動であり、新人やチームメンバーが同じ目標に向か

うことを導いた。このようなすべての連鎖が、Dさんの成功体験となり、「自分がコアリーダーとしてやったな！」という楽しさを掴み取るに至っていた。

以上の解釈から、Gさんは、内科病棟経験しかもたない看護師と外科病棟経験しかもたない看護師が同一の病棟で混成チームとして働く中で、多発する医療事故を減少するという成果に自分が関与できたことを語っていた。それは、安全リンクナースとして、メンバー看護師が運用しやすいように病棟に合ったマニュアルを作成し、この病棟を担当する医師とメンバー看護師が連携できるよう自ら医師に直接歩み寄ったことに起因する。一方、Dさんは、Gさんのような自分が関与したことによりチームの何かが進展したとを感じるには紆余曲折があった。自ら関わった4年目の時のチームリーダーや6年目の時の師長、主任、メンバー看護師にはチーム形成への「目標達成」を共有したが、その時自ら関わろうとしなかった花子さんとは不快感が残っていた。Dさんが受動的態度から能動的態度への移行が伴ったのは、これらのネガティブな経験であっても継続してチームの「目標達成」に向けて自分なりに考えていたためである。その成果がみられるようになったとき達成感ややりがい、楽しいといった感情も実感することができていた。

このことから、第1のSuper-Ordinateテーマは、「自分から関わることでチームの「目標達成」過程への成果を感じられる」とした。

5-2) 「自分の経験も」生かした後輩指導に納得がいく

4年目、7年目、11年目に教育係を担ったGさんは、病棟内で新人看護師や学生指導をした時の出来事を語った。

G: 自分があの一、新人とかの時にすごく思ってたのが、ほとんど褒めてもらった記憶が、褒めてもらってたのかもしれないけど、認めてもらった記憶があんまりなくて、プリセプターとかちょっと年齢の近い先輩とかはあったんですけど、そういうことよりも辛いことの方が記憶にあって、なんで出来ることはできると認めるとか、うーんその辺のさじ加減だけはしっかりして、多分言うばっかりだと嫌になっちゃうと思うんで、その辺は自分の経験も入っているんですけど、出来ることは出来るし、でも、ここをもっとこうの方が良いよとか、あと根拠を交えて言ってあげる、あとは考えて、自分で考えられるような質問の仕方をするとか、多分こっちから言っちゃうと考えられない人になっちゃうかなと思うので、どうしたらいいかなとか、質問のオープンクエスチョンっていうんでしたっけ？とかをする

ように感じて意識してたんですけど、(11年目の時に行った臨床指導者)研修でコミュニケーションの授業とか、いろいろ指導をする上でのスキルみたいなのは講義で言ってたので、自分のやってたのは間違っていない。あと、認めるっていうのも大事だとか指導観とかでやったので、そういうのは今後も続けていけるようにしたいなとは思いました。(中略)

G:学生だったら対象が出来るようにというか、理解をしてくれているかなとか、わかるというか感じる
ので、自分としては、こういうやり方でやった方が、ただ教えるだけではなくて、こう、こういうナースになってもらいたいというか、ちょっと違うかもしれないんですけど、ちゃんと自分でその場でアセスメントして行動できるナースになってもらうために、きちんと根拠をわかってもらった上で納得して
もらわないとダメかなと思うので、(G-①-446～481)

(中略)

G:(略) 初めてプリセプターやったので、1年生を教える難しさもあったけど、できるようになってその1年生が他の先輩から認められてたり褒められたりしてるの見てるとちょっと、あ、嬉しくなったりとか
はしてました。(略)(G-①-564～567)

Gさんは教育係を担った際、「根拠を交えて言う」「自分で考えられるような質問の仕方をする」という「オープクエスチョン」も日頃から「意識して」新人看護師や看護学生と関わっていたと言う。この様な後輩指導の方法には、「その場でアセスメントして行動できるナース」になってもらいたいという先輩看護師としての思いがある。それは、現在外科系病棟に勤務するGさんは、手術療法を伴う患者の看護を行う上で、刻々と変化する術後患者の全身症状観察を先輩看護師がいない時でも一人で「アセスメント」し、必要時は医師と迅速に協働することが不可欠だと考えているからである。また、Gさんは自身が新人看護師の時、「辛いこと」は記憶にあるが、「褒めてもらった記憶」「認めてもらった記憶があんまりない」。このことが好ましい指導方法と言えないことだけは感じていたため、新人看護師には反面教師として「できて(い)ると認める」関わり方をした。Gさんの新人看護師時代の自分の経験を生かした関わり方は、11年目で受講した指導者研修で「認める」と言う「指導観」をグループ学習した学習経験にも裏づけられていたことを知った。このことにより、新人看護師として指導された経験や自分の学習経験を取り入れるなど、その都度良いと考え「自分のやってた」指導のしかたが「間違っていない」と納得できたのであった。また、自分が指導した新人看護師が、他の看護師から「認められたり褒められたりしている」状況を「見てると」、「その場でアセスメントして行動できるナース」として「で

きるようになって」いくために指導した自分自身も承認される気持ちになっていった。

Jさんは、ICUでの新人看護師のプリセプターとして関わった時に指導したことを語った。

J: 後輩のことは、実は後輩指導が楽しいと思った時期が実はありまして、(中略)でICUに行って、ICUで3年、4年目くらいの時に後輩を指導してて、

O: (年表を見ながら) 10年目くらいですかね。

J: その時が後輩が順調に一人前になってくれたというか、こう自分の知識技術も受け継いでじゃないですけど、プラスαで身につけてくれて、ちゃんとした後輩が育ってくれたときがあって、それを見て「あっもう俺はICUでやることやったんだ」って、「こいつがいれば大丈夫」って思ったのはありますね。(略)

O: どのような感じのことが「もう大丈夫だ」って思ったのでしょうか？

J: 例えば、心臓、心筋梗塞か何かの患者さんでPCPS(経皮的心肺補助装置)が回っていて、バルパン(大動脈バルーンパンピング)が回ってなんて状況で、右手のAライン、右手の血管が心臓から一番近いので評価しやすいんですね。で、後輩にいろいろ教えてた中で、ある先生が左手に入れようとしたときに、その後輩が「右手じゃなくていいんですか？」って聞いて、「あっそうかそうか右手だった」っていう経緯があって。それを見てて、あっもうこれは自分で考えて先生とやりとり出来てるっていうのも見て、それでこいつは大丈夫だなって思ったというのが1つありましたね。

O: それって、どのような風に関わったからそうなった、みたいなのは何かありますか？

J: 自分の中で、その後輩には自分の持てるものを全部受け継いでほしいっていう思いがあったんですね。なるべく自分の持ってるものを全部渡すつもりで、関わって行って、仕事の面でもプライベートの面でもそうだし、手塩にかけるっていうのも何ですけど、唯一男の後輩だったんですけど、本当に自分の持っているものを教えた気がしますし、そいつが日頃他の人から教わるプラスαのことを教えたくて、関わっていたような気が(O:うん)。答えになっていないようですみません。気がしますねー。

O: 渡すっていうのは何をすることが渡す？、実際に何をしていることが渡す？

J: 実際に自分のやっている看護を見せるっていうのが1つ。(O:あー) 見せるのもそうですし、あとは一緒に患者さんを見るのもそうですし、一緒に患者さんから学ぶっていうのもやっぱり伝わって、患者さんに何かあって「じゃあ2人で調べよっか」っていうことができた後輩だったような気がしますね。はい。

(J-①-435~475)

(中略)

J: もう一個プラスαというと、友達にICUって、緊張、適度の緊張は良いんですけど、緊張しすぎて

仕事をして欲しくなかったんですよね。なんで、ちょっとした仕事の合間の、患者さんの前ではしないで
すけど、いないところでの冗談、だったりとか、あとまあ、後輩にいたずらしたりだとか、なるべく緊張
させないような、それだけじゃないんですけど。後輩に。そういうの後輩も真似してやってみましたけどねー。

O:ふいふ、、、緊張しすぎないことで、あるんですよね。どういう風に、、、？

J: はあー、緊張しすぎると100ある力が緊張によって、こう適度な緊張で110とか120とか出せる
んだったら良いんですけど、緊張によって80とか、例えば俺がICUに入った頃とかって、すごいプレッ
シャーをかけられるんで、何か言いたくても言えない環境。その力を60とかに下げちゃうのがすごく嫌
で、それだったら120にならないにしても力を抜いて100の力を出して欲しいなっていうのがあった
ので。(略)

(J-①-539~551)

Jさんは、ICU勤務時代にプリセプターをしていた時、自分なりのプラスαの指導として、新人看護師が仕事をする時「力を抜いて100の力を出してほしい」「緊張しすぎて仕事をしてほしくない」と思っていた。Jさんが6年目でICUに異動した時は、「すごいプレッシャーをかけられた」し、「何か言いたくても言えない環境」だった。「100の力」を「60に下げちゃう」先輩の関わり方が「すごく嫌」だったという経験を持っていたからこそ、新人看護師にはなるべく「緊張させないように」していたのである。Jさんは、「100の力」の人が「110とか120とか出せる」のは「適度な緊張」だが、「60に下げちゃう」のは過度の緊張、すなわち「プレッシャー」をかけていることと捉えていたからである。Jさんは、指導のモデルとなる先輩もおらず、自分で「苦労」しながら技術を身につけるしかない経験を持っていた。だからこそ、新人看護師には、「自分の」「看護をみせる」、「一緒に学ぶ」「全部渡す」という姿勢で関わり、Jさんの指導の意図が「伝わっ」た後輩になった。その結果、医師の動脈を穿刺する行為を必要とするAライン挿入部位の選択を誤っていた医師に「自分で考えて」その誤りを回避することまで伝えられていた。このことは、JさんがICUで受けた先輩の指導が反面教師になっているという経験を基に、自分なりの関わり方で指導した新人看護師が、「ちゃんと」「育ってくれた」ので「大丈夫」と安心して捉えられるようになったことにつながる。この安心感は、決して指導論などの知識が先行した指導ではなく、自分の経験を生かしながら実施した成果であるからこそ、望ましいと思っている看護師への育成に適した指導であると納得できたのだった。

以上の解釈から、Gさん、Jさんは、いずれも外科病棟やICUという刻々と変化する患

者にタイムリーに対応できることが求められるような部署で長く勤務をしていた。これらの部署は、たとえ新人看護師であろうとも変化の激しい患者へのケアの1つ1つや医師との協働のし方が、「自分で考えて」行動しないと患者の生命に直結する危険行為となる。しかし、GさんもJさんも教育係になった際、自分が新人看護師時代に、プレッシャーを与えられて上手く実施できないか、実施できても承認されないというネガティブな経験しかなかった。そこで、新人看護師にどの様に関われば良いのかの拠り所を、反面教師という経験、Gさんにおいては、11年目に院外の臨床指導者研修での学習経験をもとに関わった。それは、誰かに後輩指導方法を教えてもらった訳ではなく、入院患者から求められる看護実践ができるよう自分の職業経験から導かれていたのである。したがって、指導方法の妥当性については確信がなく、それゆえに、後輩が実践する姿が自己の指導方法の成果となっていた。後輩が他者から承認され、また望ましいと思う行為をしていることは、経験から導かれた指導について、自分なりに納得していることを表す。そこで、第2の Super-Ordinate テーマは〔「自分の経験も」生かした後輩指導に納得がいく〕とした。

第1と第2の Super-Ordinate テーマが導かれたトランスクリプトは、Dさん、Gさん、Jさんが、就職後4年目以降の各時期に安全リンクナース、プリセプター（教育係）、サブリーダー、チームリーダー等、病棟内での役割を担ったことについて語った内容であった。これら4名の解釈から、看護師たちの役割遂行は円滑な過程ばかりではなく、紆余曲折の歩みがあることが明らかになった。新人看護師を指導する立場にあるプリセプター役割では、自分が新人看護師だった時のプリセプターを反面教師とし、自分の職業経験から自分なりの指導方法で指導にあたっていた。また、安全リンク、サブリーダーやリーダー役割では、看護チームを形成していくためにチームの「目標達成」に向けて、ネガティブな経験も継続して自分なりに考えて自らの意思で行動することにより、成果がみえポジティブな感情につながっていた。就職4年目以降という時期は自分の看護実践は自立して可能になるため、後輩看護師や病棟内の役割を望まなくとも担う立場にある。役割に対しての準備状態が十分に整っていない場合、受動的な態度となり順風満帆には進まないこともあった。しかし、担った役割以外に培った職業経験を生かし、自分なりに試行錯誤しながら役割を遂行しようとしたときは、個人のためという主観の側からではなく、相手の側から役割を果たそうとしていたのである。そのため、師長や主任といった上司、同僚などから承認されるようになり役割遂行が円滑になるだけでなく、自分自身も果たした役割に

ついて肯定的な捉え方に変わっていったのであった。

以上のことから、Master テーマは、【5. 試行錯誤しながら遂行したチーム内の役割を自分でも認められるようになる】とした。

6) Master テーマ【6. ライフイベントで変化している私生活と職業生活を自分らしくコントロールする】

この Master テーマは、看護師経験の中で、主にライフイベントが生じた時の節目となるキャリアを表す。また、このテーマは、2つの Super-Ordinate テーマである 6-1)自分の「タイプ」を知って時間の分け方を作り上げると 6-2)「今はあえて」こちらの役割を優先する働き方に「決めた」から成り立つ。

6-1) 「自分のタイプ」に合った時間の分け方をつくり上げる

E さんは、「分けながら」、「引きずらない」という言葉を用いながら、私生活と職業生活を分け方について語った。

E: (略) この仕事は向いてないな—と思ったことはなくて、やっぱり一緒に働いている人とか、全然違う友達だとかと話しながら、ストレスも発散して仕事して、うまくバランスを自分の中で取りながらやってきた、という思いがあります。

O: バランスってどんな風に。

E: 例えば、仕事の時はガッツとやって、もちろん休みの時は引きずらないというか、病院のことは考えず、ばーっと遊んだりとか、そういうののバランスがとれないとこの仕事は難しいかな—とか思って。一緒に働いている人は、家に帰っても考えちゃうって人もいるんで。私は、そういうタイプではないので、たまに気になる人もいるけど、あんまりそれを考えてると、ずっと息苦しくなっちゃうので、休みの時は休んで違うことをする。っていうのを分けながら自分ではやってきたので。 (E-①-267~279)

(中略)

O: ご自分の切り替えの仕方がわかっているって、どういう時に切り替えるみたいなのがある？

E: いやー、家に帰ってもすごい考えちゃう時もあるんですけど、「あっ、いけない、いけない」と思って、そうすると家のこともおろそかになっちゃうし、子どももまだ小っちゃいので遊ぶ時も考えてると楽しく遊べないので、そこはもう今日はお休みだから、っていう頭にして切り替えるようにしていて。

(E-①-287~293)

12 年間の職業生活を送る Eさんは、もともと「仕事の時はガッとやって」休みの時は「ばーっと遊んだり」と、休日に仕事を引きずらない「タイプ」であると言う。「ガッと」や「ばーっと」と擬態語を用いて凝縮した時間の使い方を表していることから、何に対してもどのような時も集中して取り組む過ごし方を日頃から行っていると言える。Eさんの言う「バランスをとる」とは、職業生活における看護師役割と私生活において「子どもと遊ぶ」という育児役割という2つの役割に費やす時間をうまく「分けながら」過ごすことを表す。例えば、お休みの「頭にして切り替える」「休みの時は休む」というように、職業生活と私生活の時間を区別することである。その区別は、家に帰っても「気になる」患者のことを考え続けると「息苦しく」なる自分の「タイプ」に合った方法なのである。これらの方法は、育児という役割を得る前から客観的に自分の「タイプ」を捉え、育児時間が必要な現在の私生活と職業生活の時間を区別する効果的な方法を自分で作り上げていた。

次に、Hさんが、「振り分けて」という言葉を用いながら、私生活と職業生活について語った。

H：(笑) 仕事も家も完璧を求めてしまうので、求めなくなっちゃうんで、こう、なかなかこう上手くできない自分にすごくイライラしていた自分があって。

O：(年表のICUの部分を指しながら) この頃 (笑) (H-①-32~35)

(中略)

O：これどういう風に完璧主義なんですかね。(仕事も家も) 両方、両方ですよ。

H：そう自分では、普通だと思ってるんですけど、それを人に言うと、そんなに頑張らなくてもいいんじゃないかっていうんですよ。

O：例えば？

H：例えば、、例えば、家のご飯、食事も全部手作りをしなくちゃいけないとか、おやつも作らなくちゃいけないとか、掃除もちゃんとみんな朝みんな起きたら掃除機かけてとか、それはどうも普通じゃないらしいんですよ。

O：おやつも手作り。

H：そう。その時代は手作り。(笑) とにかくやらなきゃいけない、(笑) やらねばならないっていう時代で、例えば、カーテンもちゃんとこのサイクルで洗わなければならない。それは、普通だったので自分の中で。何が大変なの？って言われて、これこれこうでって言うと、そんなに頑張らなくていいよって言わ

れるんですよ。は、は、、、えっそうなの？って。うーん。その手の抜き方がわからなかったんですよ。

(H-①-329～343)

(中略)

H：でも、周りの友人には、そこまで頑張らなくてもいいって言われるんですけど、自分の中にはバランスは取ってるつもりなんですよ。

O：どういふのがバランスとれたなって。

H：例えば、自分の時間は持とうとか、この時間は何も考えないで出かけてみようとか。そういうのは。ただ、スケジュールはしっかり立てないと気が済まないタイプなので。でも逆にスケジュールを立てちゃって、この時これをしなくちゃいけないって、付箋とかで振り分けて張っちゃうとそれが楽で。出来なければ出来ないで次に回せばいいやって、考えが出てきて、仕事の方も今日は出来なくても、これはここまで出来ればいいんだって、何となくバランスがとれてきた

(H-①-369～378)

Hさんの第1子出産後は、職業生活における看護師役割と私生活における育児の役割の両立をしながら、ICU勤務をはじめた頃に該当する。この頃のことを、Hさんは「仕事も家庭も完璧」を「求めたくなってしまう」「気が済まない」完璧主義の性格だからと「ちゃんと」「やらねばならない時代」であったと自分の「タイプ」を捉えて語る。周囲から「頑張らなくてもいいよ」と強く言われることで、Hさんは、じわじわだが周囲の基準からすると「普通じゃないらしい」姿が自分の中に浮かび上がってきたのであった。そして、「手の抜き方」が「わからなかった」Hさんが「自分の時間」を持つために、看護師役割と育児の役割に費やす時間を区切るようになっていった。それは、「付箋」という文房具を用いて「この時」「ここまで」と「時間」の「振り分け」が見えるようにする自分なりの方法であった。このような自分に合った手段を試みながら「何となく」だが「バランスは取ってるつもり」から「バランスがとれてきた」に変化していくのであった。Hさんがこのような変化が起こせたのは、自分の「タイプ」を客観的に捉え、それに合った時間の「振り分け」をつくり上げていたからこそ「やらねばならない時代」は、過去の時間となっていた。

以上の解釈から、Eさん、Hさんともに出産・育児というライフイベントに伴って生じた新たな育児役割を遂行する時間の確保に向けて、時間の分け方を自分なりにつくり上げていたことが明らかとなった。Eさんは仕事を休日に引きずらない「タイプ」、Hさんは完璧主義で「やらねばならない」ことが自分の「タイプ」として捉えており、個々人で異な

る「タイプ」ではあるものの、Eさん、Hさんのいずれもライフイベント前から自分の「タイプ」を客観的に捉えられていた。また、2名とも共通して時間を振り分ける方法を選択しているが、自宅では患者のことを考えないで子どもに集中する、スケジュール帳に付箋を使うなど自分に合った工夫をしながら区切り方をつくり上げていた。このことから、第1のSuper-Ordinateテーマは、「自分の「タイプ」に合った時間の分け方をつくり上げる」とした。

6-2) 今は「あえて」こちらの役割を優先する働き方に「決めた」

Bさんは、勧められていた認定看護師になることを第2子の妊娠の時、一時中断した出来事を語った。

B: (略) 少し勉強したり色んなセミナーに行ったりしてたら、院内の方で皮膚・排泄の認定取ったらって声をかけていただきまして、あーそうだなって、なんかそういう風に思って、X病院で頑張るか
なーっと思って、思ってた所に、あの一第2子が、、笑。(O: 笑)

B: あの院内で選考のレポートとかまで出して、ちょっと大変だけど半年学校通おうかなぐらいな感じで意気込んでたんですけども、丁度選考の具合でもう一人皮膚・排泄いらっしゃったので、まだちょっとX病院には認定がいなかったんで、その人でその年はいこうって、漏れたと同時に自分の妊娠も出て、今まで長男が出来てからも夜勤もやりながらやってきたんですけども、二人目できて7年あいて、ま産休入って時間が急に空きまして、でーあの一学校近いので長男が体育やってるってわかってたのでお散歩に出たら、なんか午前中の昼間に子ども達が生き生きしている様子を見て、なんか涙がすごい出てきちゃって、なんかあーこんな穏やかな時間ってあったんだって、その時思いまして、今まで、なんか、早くキャリア積んで、もっともっと経験してって、しかも認定取ろうってなんて思って、当時その長男が1年生なのに土曜日一人で家に置いて、自分はそういう勉強会だセミナーだって、なんかがむしゃらになんか学会
だって行ったりしていたんですけども、,,,,、(やや声が震え気味に)なんかこう知らなかった、そういう時間があるっていうことを、その時なんか、あっ！もしかしたら止めてくれたのかなって、子どもができたっていうことが、もちろん仕事も頑張っているんですけど、家庭も見えてそういう時間をつくっ、あるんだよっ
ていうのを教えてくれたような気がして、そこで気持ちがふっきれたといいますか、よく考えてみたら1年生の子よく一人で置いておいて、ふっ・・・朝から夕方までよく家に置いておいたなって思ったり、色々考えると怖くなってきたりして、なんか自分がこう仕事にのめり込んでいるのも、そういう自分
も好きだったんだけど、こう、赤ちゃんとか目の前にして、またその幸せな時間も感じて、あのこういう

風に両立ってできるかなって、考えが変わりまして、そこがこう気持ちの切り替え、別に資格がある自分ではなくって、X 病院も近いですし、X 病院大好きだからもうちょっと X 病院で働きたいんだけど、あのーそういう資格ものっていうのはいないって思って、もし興味があったらまた勉強とかそういうのは続けていこうかなって感じで、

(B-①-18～53)

Bさんは、皮膚・排泄認定看護師という明確な資格取得を目指していた時の自分を「意気込んで」「がむしゃらに学会等行く」「もっともっと経験して」「早くキャリア積む」と外に向かって拡散していく表現を用いて過去の自分を語る。対照的に子どもこのとは「1人で家に置いておく」と内側に留まっている表現を用いて語り、明らかに両者に流れる時間が異なっている。しかし、第2子の妊娠、産休を契機に「そういう時間」があることに涙が止まらないほどの感情の揺さぶりを伴って気づく。「そういう時間」とは、「家庭をみる時間」、「穏やかな時間」「目の前に赤ちゃんがいる幸せな時間」のことを表している。Bさんは、子どもの生き生きとした表情から「そういう時間」の流れ方がBさんの意識に浮かび上がり、反対の時間の過ごし方である「がむしゃらに」「もっともっと」「早く」という風に「仕事にのめり込んでいる」時間が意識下に沈んでいったために気づいたのであった。

「こういう風に両立できるかなって、考え方が変わった」の「こういう風に両立」とは、認定看護師ではない看護師役割と母親役割の両方の役割を並行することである。Bさんにとっての看護師役割には、「のめり込む」働き方である認定看護師の役割と認定看護師ではない役割の2つがある。「資格ものはいらない」「別に資格がある自分ではなくて」という語りと「もし興味があったらまた勉強とかは続けていこう」という語りからも、Bさんは、認定看護師としての看護師役割よりも認定看護師ではない看護師役割を今は優先することを意思決定したのであった。

その後 Bさんは、第3子も授かり育児休暇明け後、手術室に配属された。第2子まではフルタイム勤務だったが、12時からの時間短縮勤務に変更した。その時の語りである。

B: 今はオペ室になりまして、、、(略) 病院に来るとこう朝からね働いて、大きい手術つきたいなってすごい思うんですけど、それやってるとちょっと家のことが回らないかなって思いまして、、、ちょっとあえて制限しています。

O: 大きい手術だと・・・

B：大きい手術だと朝からやっています。私午後から。あえて午後からにしているので

O：朝から夕方までつかないといけないから、午後から。

B：（略）時間はどうして午後にしようかと思ったのは、二人目の時もフルタイムで復帰したんですけども、やっぱり夜すぐおなかすいて眠いんですね。私が仕事から夜帰ってきて7時8時になってしまうと、もう眠くなっちゃって待てられない、かわいそうなので、やっぱりあの、ご飯とかは一緒に食べたいな、しっかりやりたいなって、いうのがありまして、あの、もし短縮勤務がとれるんだったら、今は午前中に作ってきちゃって、帰ってきたら温められるっていう状態にすると、あと、やっぱり5時以降少し勉強会とか病棟会とか話し合いに参加したくて、2時とか3時とかに帰っちゃうと出たいけど出れない、その間待っているのも変だし、っていう自分なりのそういう解釈がありまして、そういうのもちゃんと出たいから、で、まあ2時3時に帰ってもちゃんと（ご飯を）作るかっていうとちょっと夕方までダラダラしちゃうかもしれないという自分の傾向も感じて、今あの、午前中にやることやって、夜はすぐご飯食べてから帰るっていう作戦でやってる（笑、）。

そうすると、手術室に午後から行って、役目とかあるのかなって思っていたんですけど、それなりにあるってということで、何とか回っている感じで。とりあえず1年やってきました。ふふふ・・・（笑）

（B-①-133～163）

（中略）

B・・・正直言って3人にもなったら大変（強調気味に）。子育てと。（略）（育児休業という）こういうゆったりした時間って大事なんですけど、もっとそういう時間を子どもと向き合っていると過ごしてあげたいと思うんですけど、なんか、まだなんか勉強したいのかな？わかんないんですけど。医療とか、まだまだ知らないこともあるから、戻りたいと思うんですね。復帰してますね、やっぱり、結局復帰してますね。だから、自分で大変な方を選択しているのはわかっているんですけど、両立決めて、でも今回は本当に半分って決めて。だから病院に来ると朝からすごい働きたいってすごく思うんですよ。やろうと思えば多分できると思うんですけど、頑張るって。けど、その頑張りがつまづいちゃったり、するとパンクしちゃうかなと思うと、小っちゃいうちはね、制限しようというのが今です。

（B-①-540～556）

第2子出産後の復帰まではフルタイムで夜勤もこなしていたBさんだが、「正直言って3人にもなったら大変」と2人と3人では両立の困難さが異なることを力を込めて言う。「しっかり子どもの世話をする」「ちゃんとご飯を作る」「ちゃんと病棟会/勉強会に出たい」と「ちゃんと」を繰り返すBさんは、職業生活における看護師役割も私生活における育児

の役割も「しっかり」「ちゃんと」したいため、常に頑張ってきた。しかし、第3子出産後の復職では、いつもの頑張りをもってすれば看護師役割が果たせると見越している一方、「その頑張り」が両役割の成立を妨げる原因になり得ることにも気がついていて、「ちゃんと」やりたいBさんは、「病院に来ると朝からすごい働きたい」「やろうと思えば多分できる」と思っているからこそ、「つまづい」たり「パンクしちゃう」結果を招かないために、看護師役割を果たす時間を「今は」という時限的な意味を込めて、「あえて制限」し「本当に半分」にすることで、2つの役割の「両立」をするという意味決定をしたのである。その意思決定に基づき選択された「作戦」が時間短縮勤務という勤務形態を導いた。

病棟主任の役割を引き受けたことがある Hさんは、数ヶ月で自らの意思で主任の役割をおりることを決めた。そのHさんが、「今やるべき」「優先すべき」という表現で、役割の優先順位を意思決定した出来事を語った。

H: (略) で、(第2子の産休・育休から復帰した) その後ですね、主任はどうかという話しをもらって、私の中では、いろいろ組織の中でどう動くかっていうのもおもしろいと思ったんですけど、まずは今やるべきは家のことを優先すべきっていう考えがあって、なかなかその、一歩踏み出せないでいたんですけども、主人と母が、そういう風に声をかけもらうのは本当にありがたいことだからって、自分の中で一歩踏み出せないんですけど、周りの後押しもあって、一回引き受けさせてもらったんですね。

O: (うなずき)

H: やっぱり今度は、主任の方が入職したての子をフォローする役割で、そうすると、主任になると病棟の方のマネージャーを含めた会合も多くなりますし、その時同時に、院内の別の委員会のお話ももらって、それも引き受けて、研修とかも増えてしまって、自分の中でいっぱいいっぱいになってしまっ、で、やはり休みの日に出てくることもだいぶ増えてしまいましたし、時間外でやることも増えてしまいましたし、かといって自分の中では家に仕事持ち帰らないっていう、ふふっ(笑、笑) スタンスを突き通そうって思っていたので、結局、夜勤の後に子どもがいない時に、例えば学校行ってる(O: はい、はい) 時間や保育園行ってる間に残って、ここでやってったりとか、(O: はー、はー) まだ3交替をしていたので、ま、深夜明けで残っていたりだとか、準夜の後に残って仕事片付けて、また朝やるっていうことをして、本当にその時疲れてしまっ、で、やっぱり、本当に申し訳ないんですけど、今の自分には子どもを育て上げることを優先させてもらいたいって、(O: んー、んー) その話はお断りして一般職で働かせてもらって、でもそのお陰でかなり自分の中では荷が下りたってっていうか。(H-①-94~119)

第2子出産後に職場復帰したHさんは、私生活における育児役割を持っていたが、上司から病棟主任の役割を勧められ、「おもしろい」と思った。しかし、「一步踏み出せない」と踏み留まることを繰り返し言う。それは、動くことができない静的なHさんを表しており、理由として、「まず」「今やるべき」は「家のことを優先すべき」という「自分の考え」を持っていたからであった。「まず」とは1番目という時に用いる用語であり、Hさんにとって「今」1番の役割は「家のこと」であり、2番目の主任の役割よりも「優先」という順序性があった。しかし、夫や実母の「後押し」もあり、その優先順位を変えたため「引き受けさせてもらう」という受け身で語られていた。主任の役割を果たすためHさんは、育児役割を期待されている「家には仕事を持ち帰らない」、つまり、家では主任の役割は果たさないという意味決定を「突き通した」。それは、「今」のHさんが育児役割を優先したことを表しており、その結果、「いっぱい、いっぱいになって」しまう。Hさんは、「自分の考え」にしたがって、主任の役割という「荷」をおろし「一般職」に戻るという意思決定を通して、今は「家のことを優先すべき」という、育児の役割を優先した働き方を選んだのであった。

Jさんは、地方の総合病院に勤務する男性看護師であり妻子とともに暮らしている。13年目に病院を異動しており、「都内」「県内」という選択における優先順位の意思決定を語った。

J：(前略)あとは他の病院で自分が通用するのかなっていうのも、すごく試してみたいって気持ちもあったのはあったんですね。K病院がここの中では、看護師さんのレベルが高いって言われてる、言われがちな病院だったので、じゃあそこでそんなこと言われてるけど、実際外に行ったらどうなんだろう？っていうような、自分を試したいじゃないんですけど。だた、都内まで行くのは結婚とかもしてて出来ないんで、そうすると県内で。

(J-②-221~227)

手術室看護師として極めていきたいというJさんは、病院を変える機会を得た。K病院を変える主な理由は別にあるのだが、病院を変えることを後押しした理由も明確にあった。それは、「他の病院で自分が通用するか」「自分を試したい」という職業生活における手術室看護師としてのさらなる役割発揮があった。しかし、「結婚とかもしてて」「都内」で働くことは、家族に住居移転に伴う生活の変更を強いることになるため、私生活における夫役割や父親役割を遂行しようとする「出来ない」のであった。したがって、手術室看護

師役割の発揮の場を求めつつ、夫役割や父親役割の優先を決めた働き方が「県内」の病院という選択につながっていた。

12年目の看護師経験を持つGさんは、今すぐではないものの病棟内では異動対象の経験年数になっている。「家のこと」で新たな役割が生じ、両役割を視野に入れた語った。

O: またここから先、異動とかっていうことになった時には、どういうことだったりとか。

G: 今ちょっと思うのは、私あの家族が、父親が昨年亡くなったんですけど、母親がその後にパーキンソンになって、アルツハイマーになっちゃったので、ちょっとできればあの、実家の近くとかに住んで、結婚とかして住んで、その辺の病院に働ければっていうのはちょっと思いがあって。いずれそういうのを考えているので、この先異動、異動って言われても、正直どこ行こう、行きたいところがない。

O: ご実家は？

G: 実家は割と近いんですけど、駅から家がちょっと遠いんで、家のことをしつつこっちやってっていうのは、今の病棟遅い時間もとかもあるんで、そこから帰ってきていろいろやるのは大変なのでと思ってて、年齢的にもこうなんかガツガツやるのもなんか若干疲れてきたのもあるので、今後はそういう風には思っていますと、とりあえず今はここの外科で頑張ろうかなとは思っています。

O: 時期がきたらこの先、病院を変わってっていうお話ですね

G: 今はこっそり思っているんですけど。

(G-①-380~397)

Gさんは、1日24時間ある時間を現在の病院における看護師として交替勤務に対応できるように働いている。しかし、「父親」の逝去、「母親」の発病に伴い、「家のことをしつつ」看護師役割を継続できる働き方を模索していた。つまり、私生活における介護の役割を果たすことと看護師役割を並行して働く意思決定に向けて「ちょっと」考え始めている。それは「実家の近くとかに住んで」「その辺の病院に」働くことであり、現在の病院から変わるという意思決定につながる。そのため、Gさんは、職業生活における看護師役割を果たす場所を変更して介護という新たな役割を含んだ働き方の準備をしていた。

以上の解釈から、出産や育児、両親の健康状態悪化というライフイベントを契機に、4名の看護師が次のような意思決定をしていた。それは、これまでと同様の勤務形態や役職、地域、病院規模で働き続ける看護師役割よりも育児の役割（母親役割や父親役割）、

介護役割の割合を優先する働き方を選ぶという意味決定であった。また、Bさんのみは、認定看護師としての看護師役割よりも認定看護師ではない看護師役割を優先する意思決定でもあった。そして、Bさん、Hさん、Jさん、Gさんのいずれも、「あえて」「今は」という時限的な選択でもあり、将来的に変化する可能性も見極めながら、現在の自分にある役割に優先順位をつけながら、今後変更を含む意思決定を表していた。このような優先順位を含んだ意思決定について、第2の Super-Ordinate テーマを〔今は「あえて」こちらの役割を優先する働き方に「決めた」〕とした。

第1と第2の Super-Ordinate テーマの解釈から、4名のキャリア中期にある看護師は、出産・育児にともなう母親役割、父親役割、親の健康状態の悪化に伴う介護役割というライフイベントに伴って私生活に新たな役割が生じており、これが節目となる出来事となっていた。これら私生活に各々の役割が生じた看護師たちは、職業生活において同様のスタイルで看護師役割を継続しようと、私生活の時間と職業生活の時間を何とかして振り分ける工夫を意図的につくり上げていた。その際、ライフイベント前からの自己の生活経験を活用していた。看護師という職業生活を始める前には誰でも学生生活があり、学業と私生活の時間配分を行った経験を持ち、自分の生活スタイルに合わせて工夫する。したがって、ライフイベントが起こる前から経験している自己の傾向を客観的に捉えており、自分の「タイプ」を把握した上で現在の変化した私生活に合わせた時間配分、すなわち時間のコントロールをしていた。また、時間配分その他、勤務形態、病院地域、規模、役職など現段階で自分が優先すべき職業の役割と私生活の役割の内容や割合、その順位を変更しながら意思決定していた。このような意思決定は個々人によるものであり、各々が現在および今後の未来の自分らしい私生活と自分らしい職業生活をその時の時間軸に合わせて選択しコントロールしていると言える。

したがって、Master テーマ6は、【6. ライフイベントで変化している私生活と職業生活を自分らしくコントロールする】とした。

以上の分析結果から、6つの Master テーマのうち、看護専門職者の責務、職業的な価値づけ、自分の看護実践をつくりあげる、自分の実践の場への問いという看護実践を職業とする意味づけ、チーム役割への意味づけ、職業生活と私生活への意味づけに対してそれぞれの節目があった。また、13の Super-ordinate テーマのほとんどには、「自分」とい

う用語が用いられていた。ゆえに、次の第6章では、Master テーマと Super-ordinate テーマの各々の側面から考察する。

VI. 考察

分析の結果、6つの Master テーマと13の Super-Ordinate テーマが浮かび上がってきた。そこで、第6章では第1に【Master テーマ】に着目し、中規模病院に就業するキャリア中期の看護師に共通する節目での意味づけについて、第2に【Super-Ordinate テーマ】に着目し、節目で意味づけられた「自分」のあり方についての2点から考察する。

1. 中規模病院に就業するキャリア中期の看護師に共通する節目での意味づけ

1) 看護実践を専門とする職業人になる

病院に就業するキャリア中期の看護師が就職後の節目での意味づけは、最初が Master テーマ【1. 看護専門職者となった自分の患者に対する責務に気づく】であり、引き続き【2. 職業としての自分なりの価値を感じられるからこそ看護師を続ける】【3. 自分なりの看護実践が作りあげられていく】【4. 自分の経験から看護師として実践していく場を自分に問われてくる】であることが明らかにされた。

Master テーマ1では、就職して間もない新人看護師や若手看護師というキャリア初期に節目があった。この Master テーマで現れてきた出来事は、手術室からの申し送りと後出血などの術後合併症の回避について、「あんた学生じゃないんだから、看護師なんだから」と先輩看護師に言われ、「ついてきて」もらわずに内容を理解しなければいけないと気づいたこと、他の患者のケアと並行しながらも定刻に通リ鎮痛剤を与薬することは患者が「どれだけ痛かったかわかる」看護師であり「このくらい重要な仕事」をしていると気づいたこと、手術室看護師として外科医に「認めてもらえた」ことで「1つの歯車」になれば、執刀外科医と患者のために「手術がどうすれば良くなるか」という看護師の見方に気づいたこと、病棟師長が患者のために主治医と「本気でやり合う」同等の関係で看護できることであった。新人看護師が就職した最初の1年には早期離職の問題がある。この問題は2000年代に入り取りあげられたが、2005年の早期離職率9.3%をピークに現在は7.5%に回復し横ばい傾向にある（日本看護協会広報部,2007）。勝原らは、学生から新人看護師への移行期にはリアリティ・ショックが起こりやすく、「覚悟している仕事とそれ以上にきびしい

仕事とのギャップ」「大学教育での学びと臨床実践で求められる実践方法とのギャップ」等7つの型があることを明らかにしている（勝原,ウィリアムソン,尾形,2005）。しかし、リアリティ・ショックを受けながらも早期退職に至らず就業を継続できた新人看護師の経験には、「失敗からの学びによる看護専門職者としての厳しさの自覚」という概念があり、これは1年以内に退職した新人看護師の経験にはない概念であることも明らかにされていた（塚本,2008）。これらの先行研究は、新人看護師などのキャリア初期という時期が、看護を学習する立場から看護を専門とする職業人への移行期であり、職業生活開始の基盤が形成されるか否かという点において重要であることを示す。Dさんが先輩看護師に「ついてきて」もらうことを前提に術後の看護を行おうとしていたことは、自分で責任を負うことになっていない。そのため、学生ではなく看護師として実践する水準を求められており、Dさんはそのギャップに気づいたのである。また、Eさんは複数の患者を受け持つと指示された時間に与薬ができず、どんなに忙しくても指示通りに与薬する責任を持つのが看護師であり、「このくらい重要な仕事」と気がついたのであった。しかし、Dさん、Eさんは、先輩看護師から学生と看護師は違うことを明確に指摘されることで、ギャップに気づくことができた。そして、その気づきを自分の実践の失敗として受け止め学びにつなげていた。この失敗からの学びが繰り返されていたため看護専門職者への移行として意味づけられ、Master テーマ【1. 看護専門職者となった自分の患者に対する責務に気づく】が浮かび上がってきたと考える。また、Eさんにおいても、術中に執刀医と「一つの歯車」になれたと思えたのは、外科医に「認めてもらえて」からであった。これを契機に、患者のために「手術がどうすれば良くなるか」という看護師の見方に気づいたことは、Dさん、Eさんと同様に学生と看護師のギャップがあり、それまでの見方では専門職にはなれないという学びに変えていたと考える。

一方、Hさんは師長のように患者の方針を医師と「本気でやり合う」くらい対等になれる関係性をもてるのが看護師であることに気づいていた。これらは、先のDさん、Eさん、Jさんとは異なり、自分の実践ではなく、他者の実践を通して気づいた意味であった。専門職への社会化とは、「人が様々な職業に固有の価値・態度や知識・技能を、職業に就く前に、あるいは職業に就くことにより内面化していく累積的な過程」（森岡,1998）とされている。Hさんが気づいた看護実践は、師長が医師と患者の今後について話し合っている場面であった。キャリア初期の看護師が、主治医と患者の方針を単独では話し合うことはあまりない。師長だからこそ医師とも対等な関係性を保ちながら関わるができる。H

さんは、この様な医師という他職種との関係性を保った交渉場面から、看護師として職業的な価値を発見し、それが専門職としての内面化の過程をたどっていたと考えられる。このように、キャリア初期の時に看護専門職に移行する節目をもつためには、新人看護師や若手看護師のみの実践力では困難であり、先輩看護師、看護管理者、協働する医師といった他者の姿や助言がきっかけとなりキャリアにつながっていた。本研究は、就職後の新人看護師の時から経験年数に沿ってインタビューをしており、Master テーマ1 を語った4名の参加者すべてがインタビューの初盤にこの出来事を語っていた。しかし、他の参加者にはこのような出来事は語られなかった。このことは、看護専門職に移行する節目において、他者からの助言やモデルとなる実践が、意味づけを語ることに大きく関与していると考えられる。

また、上記に述べた看護師としての職業的な価値を発見し、それが専門職としての継続を意味づけていた出来事は、Master テーマ【2. 職業としての自分なりの価値を感じられるからこそ看護師を続ける】であった。Master テーマ2における出来事は、夜勤で受け持った術後の不穏患者から「生きたいパワーがある」と感じられるのは看護師だからであり「やってて良かった」と思っていること、意図しない異動先である緩和ケア病棟のターミナル患者から生きようとする力を「感じ」られたことが今も「宝」と捉えていること、看取らなければならない患者に「泣きそうにな」り「嫌だな」とネガティブな感情が露呈する反面、「何かしてあげたい」「親しみがわいちゃう」とポジティブな感情も生じてしまい、それらの感情が伴うから「楽しい」し看護師を「続けている」と価値づけることであった。これらは、Master テーマ1において師長の姿から看護師の責務に気づいたHさんとは異なり、4年目以降から現在に至るまでの時期に自分の実践を節目としていた。術後の不穏やターミナル期というキャリア初期の看護師には対応困難になりやすい背景をもつ患者に対し、また、夜間勤務帯や明け方勤務のように患者対看護師比が希薄になりやすい状況においても、少ない時間の中で患者に濃厚なケアをしていくことにより看護師を続けていきたいという意味づけをしていた。これは、鈴木が、病院に5年以上勤務する看護師の職業経験には、‘看護職への理解進展と価値基準の確立’という概念があると明らかにしていた（鈴木,2001）ことと同様に、キャリア中期になった看護師には他者ではなく、自分の職業活動を通して看護師としての価値づけが確立されていくという内面化の過程が、看護師の継続を意味づけたと考える。

さらに、Master テーマ【3. 自分なりの看護実践がづくりあげられていく】においても、

4年目以降から現在に至るまでの時期を節目に出来事が起きていた。Master テーマ3では、例えば、育児休暇後の時間短縮勤務時、意識障害のある患者とその家族のケアを通して、「患者の気持ち」に「親身になって」考えられるようになったこと、手術室で麻酔下にある術中患者にも「これが必要だから」と「自分の中で推察してつなげる力」がつき見方が「クリアに」なったこと、手術室で待つ「家族をないがしろにしない」看護をすること、そして、ICUで看取りが必要な患者に「わーって処置」するのではなく、家族と「一緒にお体を拭く」ような「スタンス」を「突き通し」たこと、地域包括支援病棟では、その人の「死に方」に沿うために看護で「何かをする」のではなく、看護師は「通過点にいる人」であること等の出来事があり、主に術中や術後の患者、重症集中治療が必要な患者、ターミナル期の患者、意識障害のある患者との関わりを通して意味づけていた。このような自ら意思表示ができない患者には、生命維持や安全確保および安寧に直結する看護実践が求められる。また、手術中やICUのように患者対看護師比が1対1の濃厚な状況での看護実践が求められている。このような実践場面において意味づけができたのは、本研究の参加者が、臨床10年以上という長期間に渡る臨床実践を経ており、日々の業務が円滑にできたためと考えられる。海外文献において Sovie は、病院に勤務する看護師のスタッフ・ディベロップメントの過程には、看護師としての機能と責任を含む「専門職としてのアイデンティティ」、一般的なケア計画の立案、看護実践における問題判別と問題解決、病院や看護実践の質保証に積極的に参画を含む「専門職としての成熟」、関心や専門領域の教育、高度な看護実践、看護実践の問題・病院の問題に参画するリーダーシップ、専門職と個人のキャリアの満足を含む「専門職としての熟達」という3段階のキャリアパターンを経ていることを明らかにしている (Sovie, 1982, 1983)。本研究の Master テーマ3を語った参加者たちは、Master テーマ1である看護専門職者としての責務に気づいているため、Sovie のいう「専門職としてのアイデンティティ」が既に確立していたと考える。そして、術中、重症集中、ターミナルや意識障害のように言語的会話が困難にも関わらず、看護師たちは患者や家族と相互行為を円滑にとることができているため、患者に必要な問題を判別し、ケア計画を立案し問題行動ができるだけでなく、重症集中やターミナルのような時期においても患者の生活の質を保証していく行動ができる「専門職としての成熟」にあったと捉えられる。このように、キャリア初期の看護師には困難と思われる患者に対しても、単に実践するのみならず、自分が大切にする実践の要素を含みつつ発展に向かっている。ゆえに、自分なりの実践をつくり上げるという意味を見出していたと考えられる。

最後に、Master テーマ【4. 自分の経験から看護師として実践していく場を自分に問われてくる】では、4 年目以降から現在に至るまでの時期を節目として、次のような出来事を意味づけていた。「どの科の人にも当てはまる」コンチネンスという領域で「寄り添える」看護を見つけたことや手術室という「パズルの枠」を金賞の看護にしていくなかで追いつけていること、また、「管理職じゃなくて」患者と直接関わる看護実践者として循環器看護か皮膚・排泄看護か「どのスペシャリストになりたいのか」、「大学院」進学か「認定」看護師のどちらを選択していくのか家族と相談して考えているという問いの継続であった。

水野らは、特定領域で活動している臨床看護師のキャリア発達過程には段階があり、Ⅰ期 [基本的知識・技術の獲得]、Ⅱ期 [チームにおける指導能力の獲得]、Ⅲ期 [専門・関心領域の模索]、Ⅳ期 [専門・関心領域の明確化]、Ⅴ期 [専門・関心領域への取り組み・熟達]、Ⅵ期 [専門・関心領域の組織化・運営] をたどることを明らかにしている（水野,三上,2000）。循環器看護か皮膚・排泄看護か「どのスペシャリストになりたいのか」迷うことは、水野らの言う専門・関心領域を模索するⅢ期、コンチネンス領域、手術室看護を追いつけたいと語ったことは、専門・関心領域を明確化し取り組むⅣ期、Ⅴ期と捉えることができる。本研究は、水野らが研究対象にした特定領域で活動している看護師ではなく、認定看護師や専門看護師の資格を持っていないキャリア中期の看護師であるため、専門領域を模索、明確化していない場合もあるため、自分に問うという意味づけが表れていると考える。

しかし、Master テーマ【4. 自分の経験から看護師として実践していく場を自分に問われてくる】においては、特定の専門領域を明確化していく途上に意味を見出すだけではなく 10 年以上にわたる日々の臨床実践からの意味づけもあった。それらの出来事とは、育児休業後で部署異動が多い経験から「どこでも」「興味もっていける」自分のような「タイプ」は、将来病棟看護で患者の「一連の入院から退院までの流れ」を知っている看護師としてケアできることが自分の強みと捉えていたこと、異動前の病院の研修で学んだ ABCDEF の家族の F である手術を待っている家族をないがしろにしない看護実践を、異動後の病院にもしていこうと捉えていたのであった。配置転換を伴う中堅看護師を対象に、中村は「一皮むけた経験」のプロセスを明らかにしており、[再出発にむけての気持ちの整理] [配置転換から生じたネガティブな思いを乗り越えようとする姿勢] [役割認識] [成長の実感] [自分らしいキャリア発達の座標軸の発見] [看護職継続の意思] の 6 段

階の変遷があることを明らかにしている（中村,2010）。しかし、部署異動と病院異動を契機として起こった出来事を語った本研究の参加者たちは、複数の部署異動をネガティブな思いとして捉えることなく、いずれ病棟に戻り勤務したいという自分らしいキャリアに着目しており、異動前の病院で実践していた家族を大事にする看護を異動先の病院でも継続していこうと捉えていたことは、いずれもポジティブな捉え方である。そして、看護師を継続していくことが既に前提としてある。そのため、自分がこれから実践していく場への問いも生まれており、「一連の入院から退院までの流れ」を知った上での看護実践ができる看護師、他者よりも先立って家族を大事にする看護実践ができる看護師であるという、自分の強みを発見できたというキャリアにつながっていたと考える。このように、キャリア中期にある看護師のキャリアには、特定の関心・専門領域を明確化し、極めていく発達モデルの過程に限局されたキャリアがある一方、認定看護師や専門看護師の資格を持たないキャリア中期においても、日々の看護実践からの意味づけもあり対称的なキャリアの位置づけがあった。

以上、Master テーマ【2. 職業としての自分なりの価値を感じられるからこそ看護師を続ける】【3. 自分なりの看護実践がつくりあげられていく】【4. 自分の経験から看護師として実践していく場を自分に問われてくる】は、キャリア中期にある看護師が、病院に勤務する看護師を自分の職業として価値づけ、自分の看護実践をつくり上げ、それを生かす場を問い始めるという自分の看護実践が発展に向かう過程がみられた。

グレッグらは、臨床看護師のキャリア発達の構造の中核には、〔職業継続の明確な意思〕と〔自己実現の手段としての看護師〕という認識が存在することを明らかにしている（グレッグ他,2003）。また、発達ステージとしてのキャリアの草分けでもある Super は、職業的な自己実現の過程を目ざすキャリアには〈成長段階〉〈探索段階〉〈確立段階〉〈維持段階〉〈下降段階〉の5段階のライフステージがあることを提唱した（Super／日本職業指導学会,1960）。この〈確立段階〉とは、特定の職業にしっかりと根を下ろすようになる時期であり、責務を果たし貢献することにより、昇進や安定という過程をたどる段階である。Super の言う〈確立段階〉やグレッグらのキャリア発達の基盤構造には、いずれも同じ職業を継続している状況にある職業人は、発達課題を乗り越え自己実現に向かうという変化の過程をたどることを表しており、本研究結果の Master テーマ2・3・4が、看護師という職業を通して自分の看護実践が発展に向かう過程と同様である。このようにキャリア中期の看護師が、自分の看護実践を発展的な過程をたどることと看護

師を継続できていることは、密接な状況にある。それは、キャリア発達という概念には、仕事を通じた学習の観点が含まれているため（金井, 鈴木, 2013b）と考えることができる。キャリア発達は各ステージをたどり心理的成功や成長という側面を人生全体といった長期的視点を持つ。しかし、短期もしくは中長期的に変化する過程をたどった経験からは教訓を得ることができる側面を、金井, 鈴木（2013b）はキャリア学習と捉えている。このようにキャリアを学習として捉えると、Master テーマ 2・3・4 を語ったキャリア中期の看護師たちは、自分の看護実践が変化していく過程での節目ごとに学びを獲得していたため、職業の継続も可能になっていたと考えられる。

一方、Master テーマ【4. 自分の経験から看護師として実践していく場を自分に問われてくる】には、社会人経験を持つ参加者が、自分の体力の低下を自覚することで、夜勤がない病院に異動するという「別の働き方」も考えているという語りもあった。このようなキャリアは、グレッグらの先行研究で定義された、キャリア発達を「職業と個人的な経験、さらに環境要因によって形づくられる成長の過程」（Chartand, Comp, 1991）と捉えることとは異なる側面をもち、今後変化する過程を予測した出来事への意味づけである。先に述べた自分の職業として価値づけ、自分の看護実践をつくり上げ、それを生かす場を問い始めるという自分の看護実践が発展に向かう過程は、自分の過去の経験から意味づけられていた。しかし、病院を異動して夜勤のない働き方で看護師を続けることも考えているのは、未来を予測した経験に対してであり、過去とは対称的な意味づけである。都築, 白井（2007）は、過去・現在・未来を含む時間的な展望が学習を動機づけるという考え方をっており、金井, 鈴木（2013b）もまた、キャリアにおける経験学習には、現在の場合から過去の振り返りを意味づけ、未来の展望を方向づけるという観点から活用できると述べている。

したがって、この看護師の語りの意味づけも未来を見越して自分なりの看護実践ができる環境に向けた方向づけをしていたと考える。

2) 組織内での自己を承認できる

Master テーマ【5. 試行錯誤しながら遂行したチーム内の役割を自分でも認められるようになる】を浮かび上がらせた出来事は、おおよそ3年目から現在に至るまでの時期を節目として、委員会メンバー、チームリーダー、プリセプターという役割を遂行している場面であった。これらの主な語りの解釈は、「任命される」ことから始まったリーダー役割を担ったDさんが、メンバーとの紆余曲折の歩みを経て、再びチームリーダーになった時

には、自ら「こう試してみた」ことで業務改善ができ「自分がリーダーとしてやったな！」という楽しさを実感していたこと、また、プリセプターであった G さんは、自分が新人看護師だったプリセプターを反面教師にし、指導者研修での学習経験から「できていると認める」関わりをした結果、新人看護師が他の看護師から褒められ、プリセプターとしての関わり方は「間違っていない」と納得できたことであった。このような語りは、例え与えられた役割であったとしても、試行錯誤を繰り返しながら役割を遂行したことにより、他者からではなく自分で自分を認められるようになったことを表す。水野らは、臨床看護師のキャリア発達過程に影響を及ぼす 6 要因の 1 つに「役割の付与」があることを（水野, 三上, 2000）、佐藤らが開発した‘キャリア中期看護師の臨床実践力測定尺度’には、「看護チームの発展に貢献する力」が下位概念に含まれていたことを解明している（佐藤, 牛田, 内藤, 出口, 土佐, 2007）。これらのことは、キャリア中期の看護師が看護チームという組織の一員として貢献するには、役割付与が不可欠な因子であることを表している。すなわち、キャリア中期の看護師に対する役割付与は、チーム内でのキャリアを意味づける因子という点からキャリアの節目になり得ることを示す。組織内のチーム構成状況によって、役割付与が早まったり遅れたりすることがあるものの、一般的に、一定の臨床経験年数に達すると組織内の役割を付与されることが多く、Master テーマ 5 を導いた解釈においても、臨床経験が 3 年目以降の時期に役割の付与が節目での出来事として現れていた。そして、付与された役割を回避するのではなく、チームが抱える問題解決に迫られながらも、解決に必要な役割として試行錯誤しながら遂行する過程があり、この過程を経ることで自分を承認するという意味が現れていた。

職業における中年期の社会化について、菊地らは、中年期とは職業人として大きな質的転換を迫られる時期であり、個から組織そのものを支え引っ張ること、後進を育てることが重要な仕事であり、自らスタンスを変容し役割を移行することを求められると述べている（菊地, 二宮, 堀毛, 斎藤, 2010）。キャリア中期にある多くの看護師が、所属病院、所属部署という組織内において医療チームや看護チーム内の役割を担うことは、個々人が患者への看護実践を発展してきたこととは異なり、医師を含む他職種への交渉、後輩の育成というチーム構成員の特徴に合わせた関わりを求められる。それは、患者との関わりとは異なる性質の思考力や行動力を発揮しなければならないことであり、これまでに経験しない出来事に対し試行錯誤を繰り返していたと考える。また、自分の経験を他者のために主体的に使い切ることが、自身の安定性深化の獲得につながるとされる（菊地, 二宮, 堀毛, 斎

藤,2010)。このことから、Master テーマ5を語った参加者らを含めキャリア中期にある看護師は、部署異動の経験を持つものが多く、異動前部署の経験をチーム構成員のために活用できる立場にあることや、後輩に対しては誰もが先輩看護師から指導を受けていた新人看護師の経験を持つ。このような経験を試行錯誤しながらも同じ組織で勤務する他者のために惜しみなく活用できることが、所属組織においてキャリア中期としての立場を安定することになり、自己承認になっていったと考える。

3) ライフイベントを契機に発生した役割への責任を担う

Master テーマ【6. ライフイベントで変化している私生活と職業生活を自分らしくコントロールする】は、おおよそ3年目から現在までの時期にあったライフイベントをきっかけに発生した母親役割、父親役割、夫の役割、親の介護をする子どもの役割という新たな役割や役割の変更を節目として出来事が語られていた。

Master テーマ6における出来事には、主に、看護師役割と育児役割を「休みの時は休む」お休みの「頭にして切り替える」という自分の「タイプ」に合った方法で時間をうまく「分けながら」果たしていたこと、師長から病棟主任の役割を勧められ「おもしろい」と思ったが「一歩踏み出せない」自分を家族が「後押し」してくれ「引き受けさせてもらった」が、「いっぱい、いっぱいになってしまった」ことで、「今やるべきは」「家のことを優先」して一般職に戻る意思決定をしたこと、他の病院で手術室看護をする「自分を試してみたい」という理由から病院異動を考えたが、私生活における夫役割や父親役割を遂行しようとする「都内」までは行けず「県内」の病院という選択につながったこと、「父親」の逝去、「母親」の発病に伴い、介護の役割を果たすため「実家の近くとかに住んで」「その辺の病院」で働くためには病院を異動することを視野に入れているであった。

先に述べた水野らの研究において、臨床看護師のキャリア発達過程に影響を及ぼす6要因には「ライフイベント」も含まれている(水野,三上,2000)。また、卯川らは、専門・関心領域を明確にしているキャリア中期の看護師が、自己のキャリアビジョンが継続されるために組織やライフイベントとの調整が必要であることを明らかにしている(卯川,細田,星,2011)。さらに、海外の6年目の登録看護師は職務に対する内省として、達成感のあるキャリアと家族の「優先事項の競合」が生じたり、勤務形態の選択やパートタイムの融通性といった「優先事項のバランス」等をとっていたことを明らかにしている(Hallin, Danielson, 2008)。これらの研究は、ライフイベントに伴う役割の優先順位やバランスを

保つことがキャリアであることを表している。しかし、Master テーマ【6. ライフイベントで変化している私生活と職業生活を自分らしくコントロールする】には、先行研究とは異なり、自分の「タイプ」に合った時間の分け方を用いること、「家のことを優先」し一般職にもどる意思決定をしたこと、「都内」ではなく「県内」の病院を選択したこと、母親の介護のために「実家の近く」で働こうと考えていること等の自己決定に基づいて行動することが、生活を自分らしくコントロールするという意味づけになっていた。私生活と職業生活について、2007 年、厚生労働省が『仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）憲章』を策定しており、職業生活と私生活の両立やバランスが強調されるようになった。しかし、両立やバランスがとれているという状況は、私生活と職業生活を自分らしくコントロールした結果を表している。私生活と職業生活の組み合わせは個々異なる状況にあるため、両立することやバランスがとれていることは同一の状況にはなり得ないからこそ、自分らしくコントロールできていることがキャリアを表していると考えられる。また、この Master テーマ 6 を語った看護師たちは、円滑に出来事を語っていた。参加者はそれぞれが 10 年以上の私生活と職業生活の様式をもっており、生活上の時間は数字で把握していく機会が多いため意識化されやすかったと考えられる。

2. 節目で意味づけられた「自分」の現れ方

分析結果である 6 つの Master テーマおよび Super-Ordinate テーマには、「自分なりの」「自分らしく」「自分の」「自分でも」「自分に」「自分が」「自分から」というように、ほぼすべてに「自分」という用語が現れていた。これらのテーマに現れた「自分」とは何を表しているのか、どのように現れているのかを検討するため、Super-Ordinate テーマに着目しながら考察を進める。

1) 気づきが浮かび上がってくる「自分」

Super-Ordinate テーマ〔1-1〕自分が患者に「このくらい」責任を持っていることに「目が覚めた」〕では、術後や疼痛コントロールといった場面でも学生時代よりも迅速かつ正確な判断や行動をする責任を先輩ではなく自分が負っていることに気づいた「自分」、〔1-2〕「患者さんのために」医師と対等に看護師の「見方」で看護するんだ〕では、師長が医師と話し合っている姿を見て看護師ならではの見方を持っていれば患者のために医師と対等に関わることができる気づいた「自分」、〔3-1〕患者や家族に対し

「前はそこまで思わなかった」ような考え方で関われる〕では、出産前や内科から外科病棟への異動前は思わなかった考え方を持っていることに気づいた「自分」が現れていた。これらのテーマは、遭遇した出来事の前後で患者に対する責任感の気づき、医師と対等な看護師の見方への気づき、異なる考え方への気づきがあり、これが「自分」に浮かび上がったことを表す。

人は一般的に、「何ものかを何ものかとして」捉えるときにその中の中心に位置して浮き立つものが＜図＞であり、その図の周囲になって背景に退くものが＜地＞であるという図と地の構造があることが、実験現象学の立場をとるゲシュタルトの概念では指摘されている（鯨岡，2010）。また、杉本（2010）がメルロ＝ポンティの「知覚の領野」を解説するように、見えないものは単なる欠如ではなく、見えるものを支える地として機能するという関係性においてのみ、見られている何かは意味を持つ。就職して間もない時期の看護師は、キャリア初期に該当することから自分だけでは円滑にできない実践が多い状況にある。例えば、キャリア初期の看護師であっても、定時に鎮痛剤の坐薬を与薬するという看護行為のみであれば、与薬の目的、坐薬の薬効、効果発現時間、挿入方法等の知識や技術を持ち自立して実践できる可能性がある。しかし、「これをやってから行こうと思って」15分与薬が遅れたことに対して、先輩看護師から「その15分（患者が）痛かったっていう気持ちを自分がわからないといい看護ができない！」と叱責される。キャリア初期の看護師は、学生時代と異なり複数の患者に対して看護行為を行う場面があるものの、自分が実践可能な看護行為の観点で順序性を考えやすく、複数患者のニーズという観点で優先順位を考え、判断しながら行為することが困難なことも多い。しかし、患者のニーズを中核にした優先順位を行為しながら判断することは、受け持ち看護師としての責務である。先輩看護師からの叱責を契機に‘患者のニーズを中核に判断できていない’という責務の欠落に気づいたことが、キャリア初期の看護師でも自立してできる実践、すなわち＜自分の実践力に沿った看護行為＞を＜地＞として背後に退くことを促し、患者のニーズを中核にした優先順位に基づいた看護行為への責任感＞を＜図＞として浮かび上がらせたと考えられる。これはキャリア初期に特有な構造であると考えられ、学生時代には一人の受け持ち患者を中心に看護を実践する学習方法を用いてきたことや円滑にできない実践の方が多い時期であることから＜自分の実践力に沿った看護行為＞という知覚をしやすく、これが＜地＞としての機能を果たすと考えることができる。

また、Super-Ordinate テーマ 1-2)では、医師と対等な看護師の見方があることについ

て、キャリア初期の看護師は、家族が面会に来なくなってしまった患者が少しでも家族と共に過ごすことができるよう、看護師長が患者のために医師と対等に交渉している行為を見ていた。

病院に勤務する看護師は、患者の情報を他職種と共有し連携するが、医師に対しては医学的治療の指示受けや状態報告も含むため、毎日密な連携が必要とされる。日々このような医師との関わりがあるが、キャリア初期の看護師は、指示受け等の一方向的な連携が医師に対する看護師の職務と捉えていた可能性が高い。しかし、Super-Ordinate テーマ 1-2)を語った看護師が気づいていたことは、患者に家族を会わせるために医師と対等に交渉するという看護師ならではの視点であった。このことは、その看護師が医師と一方向ではない、看護師主導の職務のあり方を見出した可能性を示唆する。医師との交渉を実践していた看護師長の姿は、看護専門職の職務範囲を示す役割モデルを映し出すことを誘い、＜医師と対等に交渉できる看護師の職務＞という＜図＞が浮かび上がったと考える。この＜図＞を支える＜地＞として、日々実践していた＜医師との一方向的なが職務＞という看護実践に対する前提知識が背後に退いたと考えられる。

他職種への交渉には、交渉の知識と技術が要求される。このような知識・技術は、学生時代に学習する機会が少ないため、どのような看護師でも実践可能ではない。学生時代に習得した内容を職務として遂行することに多くの努力を必要とするキャリア初期の看護師にとっては、師長などの先輩看護師の卓越した実践を通して、＜医師と対等に交渉できる看護師の職務＞に気づいていくと考えられる。

このように、自分が円滑にできない実践や前提知識がない実践を見ることは、気づきが浮かび上がってくる「自分」の現れにつながることで導かれた。看護実践にある構造をメルロ＝ポンティの観点から解明した西村は、看護師の＜見えてくる＞という実践には、看護師が意識して見方に濃淡をつけているわけではなく、濃く見えるべきところが飛び込んでくるというようにあちら側から視覚が生起することによって気づきの経験を与えていること明らかにしていた（西村,2016）。本研究において、気づきが浮かび上がってくる

「自分」を導いた語りは、ほとんどがキャリア初期の経験もしくは異動後や育児休暇後のキャリア中期の経験であり、できない実践や知識がない状況は、一見、意味を持たない出来事として捉えられやすいが、キャリアを明確化するためには、できない実践や知識がないという状況からも気づきが浮かび上がってくるような「自分」が現れやすいと考えられる。

2) ケアの対象者との「あいだ」という領域にある「自分」

Super-Ordinate テーマ〔2-1)患者や家族から生きようとする力を「実感」できるから頑張れる〕では、術後せん妄の患者がチューブ類や抑制を外そうとする動作ならびに、ターミナル期にある患者と家族が最期に向けて一丸となってまとまる姿から人間の生きようとする力や生き様を感じ取り、これが看護師を続けられる原動力と感じている「自分」が現れていた。また、Super-Ordinate テーマ〔2-2)患者への「思い」が強くなっている自分を感じられるからこそ興味深い〕では、ある患者の「ありがとう」という言葉に身内のような感情を寄せてしまうことを止められなかったり、とっ突きにくいと思っていたターミナル患者に話ができるようになると何かしてあげたいという感情が強くなり、関わった分だけ看取りも悲しくなるが、この「思い」を持つことができるのが看護師と感じる「自分」が現れていた。これらはいずれも、患者の生命に関与する場面であるが、患者や家族の生き様を通して看護師という立場に留まることなく、徐々に人間を知覚している自分自身をも見つめるようになり、看護師という職業に惹かれていったことを表している。

知覚には、直接ありありと現れる直観的体験をする（現在化）知覚のほか、その直観的体験を予期または想像する（準現在化）知覚もあり、どのような対象の経験に対しても根源的に対応する（村田，2014,p318）。上記の Super-Ordinate テーマを導いた語りは、術後せん妄状態やターミナル期という看護場面であり、このような場面の患者は、点滴や酸素、膀胱留置カテーテル等のチューブ類の挿入や装着がなされていることが多い。チューブ類を外そうとする際の激しい動作や発声、それを抑える看護師の言動、苦痛を訴える患者の言葉にならない声を含む発言や表情、その苦痛を緩和しようとする看護行為、そして家族と過ごす面会時の会話内容等は、看護師の視覚、聴覚、あるいは触覚、痛覚、嗅覚という知覚を刺激しやすい状況にあったと考えられる。このような直接的に体験した知覚は、その場面だけに留まらず、次回受け持ちになった際や類似患者を受け持った際にも思い起こされると考えられる。また、Super-Ordinate テーマを導いた語りの場面では、死期の迫る患者が、看護師に自分の身体的な辛さも話すか家族を残すことへの辛さを話すことで、看護師も辛さを吐露してくれることは「なんだろう、嬉しかったし、辛かった」と感じるように同時に自分が辛くなってしまい、直接的に体験した看護師の知覚でありながら患者の知覚でもあった可能性がある。このことが、キャリア中期の看護師には、看護行為としての知覚に留まらず、患者は「亡くなった後も家族を支えてる存在」と語るように、生命の狭間にいる患者や家族の知覚を通じて人間の生き様やその生き方を貫く人間そのものへの

関心を寄せ始める状況を生み出していると考ええる。このように、Super-Ordinate テーマを導いた語りの場面では、直接的な知覚と思い起こされた知覚の連続、看護師と患者の知覚の混在を通して、看護行為だけではなく人間そのものへの関心が引き起こされていた可能性がある。

人間とは何かを論じたブーバーは、人間が人間となるのは私とあなたという二項が対立する手前で我と汝が相互に生じあって出会う場として「間」という領域があるといった（ブーバー／児島,1961,pp174-175）。これに基づき木村は、「間」をもはや自分と他人の区別がまるでつかなくなってしまうような、自分の事が他人の事であり、他人の事が自分の事であるような構造をもった体験層が現れてくるという、自他未分離の深い体験層で人と人との間について言われうることはそのまま自己自身について言われうることと述べた（木村, 1970,pp155-156）。このことは、上記の死期迫る患者の辛さを聴いた看護師が、自らの辛さとして知覚したことに合致すると考えられるが、のちに木村は「あいだ」と称し、それは、決して空間的な拡がりのことではなく言語以前、自分の意識以前にある関係の構造であり（木村,2005,p118）、自己と他者あるいは他者と他者との関係のみならず、自己と自己の関係に対しても適用され、自己という存在者と自己存在そのものとの「存在論的差異」が自己性を支えるとしている（野家,2016, pp32-33）。患者の辛さを聴いた看護師は、自らの辛さを知覚したのち、「人がどう生きたかが宝であり価値」であり「看護としても人としても大切なこと」と感じられ、これが職業生活のターニングポイント、つまり節目となっていた。この節目において、患者の辛さを聴いた看護師は、看護観が深化していく看護師としての存在者に加え、自分の人生をどのように生きていくのかを考える、一人の人間としての存在者である「自分」が居ることも感じていた。この2つの異なる存在者のあらわれは、キャリア中期の看護師たちが患者や家族の生き様を通して、患者と未分離な体験層を「実感」できるのは看護師だからこそと、この職業に惹かれていくことに支えられていると考える。この2つの存在者とそれを支えている職業への魅力という構造が、「あいだ」という領域内の関係性を成立していると考ええる。

キャリア中期の看護師は、キャリア初期の看護師とは異なり、終末期や緊急時という複雑な状況にある患者や家族との関係性を必要とする場面でも実践力を発揮できるため、自分の看護行為だけにとらわれることなく患者や家族の言動を細部にわたり観察し知覚できる。加えて、一般的に多くのキャリア中期の看護師が人生においても結婚や育児、親の介護といった発達課題に向き合い、人生に向き合う出来事に遭遇している機会が多い。その

ため、患者や家族と未分離な体験層が深まりやすく、「あいだ」を生じさせそこに居る「自分」が現れてくると考えられる。

3) すでに未来の臨床の場にある「自分」

Super-Ordinate テーマ〔4-3)病院で看護実践者として継続していくために自分は何を選択すればよいのか〕では、例えば、病院看護師でいるためにどの領域の認定看護師になるのかを決めかねていたりする「自分」があった。また〔4-1)自分が決めた関心領域を追い続けるためにどうするのか〕では、配属先になった手術室看護を極めていくためにICUへ異動を選択する「自分」が現れていた。さらに〔4-2)「自分の強み」をどのように生かすことができるのか〕では、院内外の研修で取得したコンチネンスの資格やJATEC(外傷初期診療)の講習内容や異動前の部署や病院の実践を勤務場所が変わっても生かそうとする「自分」が現れていた。これらはすべて疑問形でテーマが浮かび上がり、今後に向けた自分への問いかけで表されていた。

人間は何者かという問いに対して、ハイデガーは、人間(現存在)は、過去から引き受けた世界の諸可能性を選択しつつ、未来に向けて自分を投げ込んでいるという(竹市, 2014)。それは、人間(現存在)が歴史的状況である世界にいつもすでに情態的に存在していると同時に、自己の存在可能性を理解しつつ投企するしかたで世界と関わっているからである(丸山, 2014)。この人間のあり方に基づくと、Super-Ordinate テーマ 4-1), 4-2), 4-3)で問いが発生しているのは、病院看護師としての今後に向けて、これまでの経験をどの様な部署でもどの様な病院でも、すでに可能性が拓ける世界に「自分」を置こうとしているからだと言える。どの様な時でもすでに可能性が拓ける世界とは、臨床という場で、自分が関心を寄せ続けているコンチネンスや手術室などの実践領域や異動前の部署や病院で学んだ「自分の強み」を生かすことができる実践、これから取得しようとしている認定領域等である。このように、すでに未来の臨床の現場に「自分」を投げ込んでいることによって、自分に対して問いが発生していたのである。

また、Super-Ordinate テーマ〔5-1)自分から関わることでチームの「目標達成」過程への成果を感じられる〕では、チームメンバーと「板挟み」の関係から「周りが見える」ようになり自分からチームリーダーとして関わるようになると「成果を感じられる」ようになった「自分」がいた。〔5-2)自分の経験も生かした後輩指導に納得がいく〕では、プリセプターとして、自分の新人時代とは違う「一緒に学ぶ」方法で後輩看護師を育てた結果、

医師にも間違いを指摘できる「ちゃんと育ててくれた」新人看護師に納得できる関りができた「自分」がいた。これらのテーマは、チーム内の成果や後輩の育成という何かを生み出す過程に関与できた「自分」がいた。後期のハイデガーは、人間（現存在）とは存在することの意味があらかじめ理解できるもの（存在了解）というよりも、むしろ存在そのものが現成する「場」、あるいはそうした「場」に「出で立ち」、この場を耐え抜くことを意味すると言った（平田，2002）。キャリア中期の看護師たちが、チーム内でメンバーや後輩看護師と関係を築きながら果たす役割は、自分が過去にその役割の対象者であった時に経験したことを受け止めながら遂行したため、自分から関わるようなリーダーになったり、「一緒に学ぶ」方法を選択するプリセプターになったと言える。これは、チームリーダーやプリセプターという役割遂行の「場」で過去の経験を受け止め、そして、チームメンバーや後輩看護師と共にある未来のチームにすでに「自分」を投げ込んでしまっているからこそ成果が生み出され、その成果に納得がいくと意味づけられたと考える。

上記2点から述べたように、キャリア中期にある看護師たちは、これまでの自分の実践経験やチーム内での過去の経験を受け止めていた。そして、この受け止めは、すでに未来の勤務場所となる臨床実践の場や連携できるメンバーとともにありたい未来のチームという場に投げ込まれている「自分」があった。このことは、キャリア中期にある看護師のキャリアが、チーム機能の発揮を求められる看護単位をもつ臨床の場が、すでに実践を続けていくという「自分」の未来としてあることを表している。

4) 時間の捻出を意思決定する「自分」

Super-Ordinate テーマ〔6-1)自分の「タイプ」に合った時間の分け方をつくりあげ〕では、自分が子どもと楽しく遊ぶために休みの時は違うことをする「タイプ」のため、私生活と職業生活を意図的に時間で区切ることをしており、〔6-2)今は「あえて」こちらの役割を優先する働き方に「決めた」〕では、今は育児を優先することで幸せな時間も感じ「あえて」時間短縮勤務にすることを意思決定していた。また、〔3-2)「どんな時でも自分のこのケア」ができるようになってくる〕では、明け方という繁忙な時間帯でも尿器介助ではなくトイレ歩行介助をすることで、頑張れという気持ちを持って実践できるようになっていた。これらは、職業生活や私生活上において何らかの時間を捻出しているが、いずれも自分らしいことを行う時間を生み出すために意思決定がなされていることを表す。

キャリア中期の看護師は、職業生活において看護実践者であるとともに後輩指導や看護組織の委員会メンバーなどを、私生活においては育児や親の介護の役割を担う時期である。このような複数の役割を担うことが多い時期であることから、時間の調整は必須事項となる。本研究の結果である上記テーマにおける場面では、キャリア中期の看護師たちが単なる時間調整ではなく、自分らしい時間を捻出するために意思決定をしていたと考えられる。意思決定とは、複数の選択肢に関して情報収集を行い、その情報を評価・統合した上である選択肢を採択すること（竹村，1996）とされる。また、Baecharaらは、人は合理的な考え方だけでは意思決定できず、感情が影響していることを明らかにした

（Baechara, Damasio,H,Damasio,A, Lee,1999）。自分の「タイプ」に合わせて時間を捻出することができた看護師は、看護師と母親という複数の役割の中で、子どもと一緒に遊ぶ休日に自分も楽しく過ごすことができる時間を採択しており、また、常勤から時間短縮勤務に意思決定した看護師も、育児を優先することにより今しかない母親としての幸せを感じるための時間を採択していたと考えられる。さらに、明け方にトイレ歩行の介助をした看護師は、患者に苛立ちだけを感じるのではなく、頑張れという気持ちで排尿の介助することにより人としての尊厳を保つ時間を採択していたと考えられる。このようにキャリア中期の看護師たちは、時間捻出のための意思決定に際し、自分の「タイプ」との適合度や自分の役割の優先度、人として尊厳を保つという自分の実践への価値観などを採択基準として持っていた可能性がある。また、これらの採択基準を適用していたそれぞれの場面には、自分自身の喜怒哀楽の感情が伴っていた。したがって、多様な役割を担うキャリア中期の看護師が、時間を捻出しようとする場合、自分の採択基準と自分の感情を理解しておくことにより、意思決定できる「自分」が現れると考える。

上記に述べてきたように、キャリア中期にある看護師のキャリアにおいて、「自分」とは何を表すのかについて、1）気づきが浮かび上がってくる「自分」、2）ケアの対象者との「あいだ」という領域にある「自分」、3）既に未来の臨床の場にある「自分」、4）時間の捻出を意思決定する「自分」という4つの種類があることを検討してきた。これらの「自分」がキャリア中期にある看護師のキャリアに現れたことは、先行のキャリア中期にある看護師のキャリア研究においては述べられていない。それは、看護師のキャリア研究の多くが発達ステージとしてのキャリアからみた成果であること、ストーリーとしてのキャリアからみた成果は、その多くが概念化に向けた方法論を適用していたためと考

える。本研究が適用した IPA は、現象学、解釈学、個性記述学を背景として成り立つ存在論的な方法論である。そのため、個人に起きた特定の出来事や個別の細部に着目しながら、参加者の世界に迫ることができる特徴を持っており、このことも4つの「自分」の現れを導いたと考えられる。また、すべての参加者に2回のインタビューを実施した。質的研究において、インタビューのプロセスそのものがアクティブな相互行為であり、インタビューの経験が広がる、経験が結びつく、経験が統合される、経験の見方が変わるという4つの気づきにつながる（谷口，2008）という意見に基づくと、2回のインタビューのプロセスにあった本研究の参加者と研究者の相互行為が繰り返されたことによって、「自分」を語ることに繋がっていたと考える。

考察の1．中規模病院に就業するキャリア中期の看護師に共通する節目での意味づけでは、看護実践が発達過程をたどること、チーム内役割の遂行においては、組織内での自己を承認できる過程をたどることと捉えてきた。キャリアの節目には、このような発達に向かう過程があることから、4つの種類の「自分」は、この発達の過程をたどっていくことができるような時に現れてくると考えられる。但し、ライフイベントを契機に発生した役割を果たすための各々のコントロールについては、すべてのライフイベントに対して、同様のコントロールパターンが発達過程をたどるとは言いがたく、個々のキャリアにより異なる考える。

3. 臨床実践および看護学への示唆

本研究の参加者は中規模病院における一人一人の看護実践者であったが、わが国の臨床の場は、今回参加者の条件を満たした看護師が最も多く占める。したがって、本研究により明らかにされた6つの【Master テーマ】と13の【Super-Ordinate テーマ】であるキャリア中期にある看護師に共通するキャリアは、個々の看護師が自分の職業生活を振り返り、専門看護師や認定看護師に代表されるスペシャリストや看護管理者になること以外に、キャリアとは何であるのかに気づく機会に活用できる。また、これまでジェネラリストとして職業生活を送ってきた看護師が自分のキャリアをイメージすることを可能にする。しかし、個々人が自分のキャリアを明確に意識化するためには、自らキャリアを語り、言語化する必要がある。インタビューで語られた内容の多くは節目で生じた出来事が多く、出来事を意味づけた内容は少なかった。しかし、繰り返しインタビューする中で解釈を共にすることで意味づけの言語化と意識化が可能になったことから、繁忙な職業生活

と私生活においても、語りを聴く人や語りの意味を共に解釈してキャリアを見出す環境が期待される。

また、上司にあたる看護管理者は、組織において多様な役割を担うことができ、かつ、これまでの経歴も個別性があるキャリア中期の看護師に対して、スペシャリストや看護管理者以外のキャリアがあることを理解する手立てとなる。そして、「自分なりの看護実践」や自分の「タイプ」など、個別性のあるキャリアをさらに発展していくためには一律の支援ではなく、一人一人の過去・現在・未来の職業生活をつなぐような支援が必要とされる。

さらに、キャリア初期の看護師は、Master テーマ1のようなキャリア初期に浮かび上がったキャリアが、自分の中で既に意味づけがなされているかの確認に活用できる。そして今後、職業を継続するにあたり、将来のキャリア中期に向けてどのようなキャリアがあり得るのかイメージ化に活用できる。しかし、個人のキャリア解明に向けて、日々の職業生活と私生活においてキャリアを言語化していくことは、キャリア中期にある看護師の課題と同様である。

最後に、本研究には方法論として IPA を適用し、個々人の語りを解釈しキャリアを探求することに加え、その現れた個人のキャリアにさらに解釈を進め共通性を発見したことは、個々のキャリアでは個別すぎて見えにくかったキャリア中期の看護師に特徴的なキャリアを可視化することにつながった。キャリアとは個々人に帰属する意味づけであることから、個別のキャリアの解明は重要である。しかし、わが国のいずれの地域においても職業生活を送っている看護師の特徴的なキャリアの解明は、IPA を用いなければ明らかにはならなかった。このような共通性を発見していく IPA の研究において、第6段階の分析過程には、本研究のキャリアが経年的に現れるというデータに潜む特性を見極めながら分析を進めたように、研究目的およびデータの特性によって共通性を発見する道筋が異なる可能性がある。この点においても、今後 IPA をどのような看護学研究に活用し発展につなげていくことができるのか課題である。

VII. 結論

本研究の目的は、解釈的現象学的分析を通して、わが国において最も多くの看護師が就業する場である、地域の中規模病院に勤務し就業を継続するキャリア中期にある看護師に共通するストーリーとしてのキャリアを記述し、キャリア中期にある看護師のキャリアと

は何かを理解することであった。

関東近郊の総合病院に勤務するキャリア中期にある男性看護師 1 名、女性看護師 7 名の合計 8 名の研究参加者から、2 回のインタビューを通して得られた語りを IPA により分析した結果、わが国の中規模病院に就業するキャリア中期にある看護師に共通するキャリアとして、以下の 6 つの【Master テーマ】と 13 の【Super-Ordinate テーマ】が浮かび上がった。

- 【1. 看護専門職者となった自分の患者に対する責務に気づく】
 - 〔1-1〕自分が患者に「このくらい」責任を持っていることに「目が覚めた」〕
 - 〔1-2〕「患者さんのために」医師と対等に看護師の「見方」で看護するんだ〕
- 【2. 職業としての自分なりの価値を感じられるからこそ看護師を続ける】
 - 〔2-1〕患者や家族から生きようとする力を「実感」できるから頑張れる〕
 - 〔2-2〕患者への「思い」が強くなっている自分を感じられるからこそ興味深い〕
- 【3. 自分なりの看護実践がつくりあげられていく】
 - 〔3-1〕患者や家族に対し「前はそこまで思わなかった」ような考え方で関われる〕
 - 〔3-2〕「どんな時でも自分のこのケア」ができるようになってくる〕
- 【4. 自分の経験から看護師として実践していく場を自分に問われてくる】
 - 〔4-1〕自分が決めた関心領域を追い続けるためにどうするのか〕
 - 〔4-2〕「自分の強み」をどのように生かすことができるのか〕
 - 〔4-3〕病院で看護実践者として継続していくために自分は何を選択すればよいのか〕
- 【5. 試行錯誤しながら遂行したチーム内の役割を自分でも認められるようになる】
 - 〔5-1〕自分から関わることでチームの「目標達成」過程への成果を感じられる〕
 - 〔5-2〕「自分の経験も」生かした後輩指導に納得がいく〕
- 【6. ライフイベントで変化している私生活と職業生活を自分らしくコントロールする】
 - 〔6-1〕自分の「タイプ」に合った時間の分け方をつくりあげる〕
 - 〔6-2〕今は「あえて」こちらの役割を優先する働き方に「決めた」〕

以上の結果と先行研究の照合による検討を行った。本研究において、キャリア中期にある看護師に共通するキャリアが明確になったことは、研究の意義の観点から、わが国に最も多くの割合を占めるキャリア中期の看護師が、自己のキャリアを洞察していく手立てとなる。また、キャリア初期の看護師が、将来のキャリア中期に向けて、いつ、どのような節目を迎え意味づけていくことができるのかという目安になる。

看護師のキャリアに関する先行研究は多数あるが、IPA を用いて明らかになった看護師としての節目での意味づけは、キャリア中期の看護師が、「自分」らしく発達していくこと、「自分」らしく生活をコントロールしていたことが明確化され、従来の資格や役職を目指していくキャリア発達モデルとは異なっていた。

VIII. 本研究の限界と研究上の課題

本研究の限界として、今回のキャリア中期にある看護師キャリアの共通性は、研究参加への協力が得られた8名からのデータによる結果である。8名の性別の構成は圧倒的に女性が多かったことから、男性に共通するキャリアは十分に記述されていない可能性がある。また、8名の所属は関東近郊地域の総合病院であったことから都市部の特徴が反映された可能性がある。各地域の特徴をふまえることにより今後も共通性が現れる可能性がある。今後も異なる〔Super-Ordinate テーマ〕や【Master テーマ】の浮上の有無を探求していく必要がある。

本研究は博士論文のため利益相反はない。

謝辞

本調査および予備調査にご協力下さったキャリア中期の看護師の皆様には、2回にわたり多忙な勤務と私生活の時間をコントロールしながらご対応いただいたことに、心より感謝申し上げます。また、各病院の看護部および各部署の看護管理者の皆様には、研究意義にご賛同いただき施設内の部屋の使用許可や確保、連絡手続き等、インタビューが円滑にできる環境を整えて下さったことに感謝申し上げます。

首都大学東京人間健康科学研究科人間健康科学専攻看護科学域成熟期看護学成人看護学分野の西村ユミ教授には現象学に関する多くの学習機会をいただくとともに、適正に審査いただき貴重なご示唆を賜りました。心より感謝申し上げます。

武蔵野大学看護学研究科精神看護学専攻の荻野雅教授には、研究計画書審査の段階から適正に審査いただき貴重なご示唆を賜りました。心より感謝申し上げます。

武蔵野大学看護学研究科看護教育学専攻の香春知永教授には、論文作成の全過程を通して自律して研究を進めることをご教示いただきながらも随所で貴重なご支援を賜りました。深謝申し上げますと共に、今後の研究の発展に努めることを謝恩としたいと思います。

引用文献

- Bechara,A.,Damasio,H., Damasio,A.R.,Lee,G. (1999).Different Contributions of the human amygdala and ventromedial prefrontal cortex to decision-making, The Journal of Neuroscience,19,5473-5481.
- Bridges,W. (1980)／倉光修, 小林哲郎, 訳(1994). トランジションー人生の転機, 創元社.
- Defellipi,J.R., Arthur,B.M. (1994). The Boundaryless Career : A Competency-Based Perspective. Journal of Organizational Behavior, 15(4), 307-324.
- Defellipi,JR, ArthurBM. (1996). Boundaryless Contexts and Careers : A Competency-Based Perspective,” in Arthur, M. B. &Rousseau, D. M. (eds), The Boundaryless Career : A New Employment Principle for a New Organizational Era. Oxford University Press, 116-131.
- Gadamer,G.H.(1960).Wahrheit und Methode , Grundge einer Philosophischen Hermeneutik.
- Gadamer, G.H. (1989)／轡田収, 巻田悦郎訳 (2008) .真理と方法Ⅱ, 法政大学出版会, 421-449.
- グレッグ美鈴, 池邊敏子, 池西悦子, 林由美子, 平山朝子 (2003). 臨床看護師のキャリア発達の構造.岐阜県立大学紀要, 3(1), 1-8.
- Hall, M.L. (2008). Career planning and development needs of rural and remote nurses. Journal of Research in Nursing, 13(3), 207-216.
- Hall, M.L, WaddellJ, Donne JG, Wheeler M. (2004). Outcome of a Career Development program for registered nurses. Nursing Economics, 22(5), 231-238.
- Hall, T.D. (1976). Careers in organizations. . Glensview IL: Scott,Foresman.
- professional development, Journal of Advanced Nursing , 61 (1), 62-70.
- Hall, T.D. (2002). Careers in and out of organizations. California: SAGE.
- Hallin,K, Danielson E. (2008). Giving voice to registered nurses' decisions to work. Journal of Advanced Nursing, 61(1), 62-70.
- 花田光世, 宮地夕紀子 (2003). キャリア自立を考える : 日本におけるキャリア自立の展開. Career Resource Laboratory Report, 1, 1-14.

- 長谷川真美, 鈴木恵子, 横山恵子 (2013) .キャリアを方向づける看護師の経験の記録の現状と課題 .日本看護学会論文集看護管理 , 107-110.
- 長谷川真美, 鈴木恵子, 横山恵子 (2012) .中堅看護師のキャリアアップ支援講座のプログラムからー自己のキャリアの明確化の視点からー.日本看護学会論文集看護管理, 134-137.
- 林真紀子, 勝又里織, 廣山奈津子, 齋藤やよい, 本田彰子(2008). 中堅看護職者の学習ニーズと学びのプロセス 社会人学び直しニーズ対応教育プログラムの評価. お茶の水看護学雑誌, 2(1), 11-22.
- 林有学, 松村喜世子, 石飛悦子, 米山京子(2006). 看護師の職業的キャリア成熟度測定尺度の開発. 日本看護学会論文集: 看護管理, 36, 380-382.
- 林有学, 米山京子(2008).看護師におけるキャリア形成およびそれに影響を及ぼす要因. 日本看護科学学会誌, 28(1), 12-20.
- Heidegger(1927)/高田珠樹訳(2013). マルティン・ハイデガー 存在と時間. (pp344-350), 作品社.
- 平田浩之(2002). 現存在. 木田元編. ハイデガーの知, (p114), 新書館
- Holland, J. L. (1997). Making vocational choices : A theory of vocational personalities and work environments (3rd). Odessa. FL: Psychological Assessment Resources.
- Holland,J. L. (1999) /労働政策研究・研修機構(2002). VPI 職業興味検査 第3版, 労働政策研究・研修機構編
- Hughes. (1984). The Sociological Eye. Toranzaction Book.
- 伊賀光屋(2014). 解釈学的現象的分析 (IPA) の方法論. 新潟大学教育学部研究紀要.人文・社会科学編, 6(2), 169-192.
- 石井京子, 藤原千恵子, 星和美, 高谷裕紀子, 河上智香, 西村朋子(2005). 看護師の職務キャリア尺度の作成と信頼性および妥当性に検討. 日本看護研究学会雑誌, 28(2), 21-30.
- Jepsen,A.D., Choudhuri ,C.E. (2001). Stability and change in 25year occupational career patterns. The Career Development Quarterly, 50(1), 3-9.
- 加藤さおり(2013). 中堅看護師のキャリア・トランジションに有効であった看護師長の関わりー認定看護師の教育課程進学時のキャリア・トランジションに焦点を当ててー.

- 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護研究集録, 38.
- 加藤一郎, 鈴木竜太(2004). キャリア・ドリフト/ミスト/ホープの新概念枠組みの妥当性. 経営行動科学学会年次大会 発表論文集, 7, 57-70.
- 勝原裕美子, ウィリアムソン彰子, 尾形真実哉(2005). 新人看護師のリアリティ・ショックの実態と類型化の試みー看護学生から看護師への移行プロセスにおける二時点調査からー. 日本看護管理学会誌, 9(1), pp30-37.
- 河上智香, 西村明子, 藤原千恵, 石井京子, 仁尾かおり, 高谷裕紀子(2003). 看護師のキャリア認知に関する研究ー大学卒業中堅看護師の職務ストレスとの関係ー. 日本看護研究学会誌, 26(3).
- 菊地章夫, 二宮克美, 堀毛一也, 斎藤耕二(2010). 社会化の心理学／ハンドブック 人間形成への多様な接近.(p130-131). 川島書店.
- 木村敏(1970). 自覚の精神病理, (pp155-156), 紀伊国屋新書.
- 木村敏(2005). あいだ, (p118), ちくま書房.
- 鯨岡峻(2014). 図と地. 木田元, 野家啓一, 村田純一, 鷺田清一(編). 縮刷版 現象学事典, (p255), 弘文堂.
- 倉ヶ市絵美佳, 小松光代, 大澤智美, 中村尚美, 和泉美枝, 植松紗代, 神澤暁子(2013). A 大学病院における看護師の職務キャリアに対する認知と看護実践能力の関連. 第43回日本看護学会論文集看護管理, 111-114.
- 亀岡智美, 舟島なをみ (2008). 病院に就業する看護職者が職業上直面する問題とその特徴. 国立看護大学校研究紀要, 7(1), 18-25.
- 金井壽宏 (2002). 働く人のためのキャリア・デザイン. PHP 研究所.
- 金井壽宏, 鈴木竜太(2013a). 日本のキャリア研究 専門技能とキャリア・デザイン. 白桃書房: 白桃書房.
- 金井壽宏, 鈴木竜太(2013b). 日本のキャリア研究 組織人のキャリア・ダイナミクス. 白桃書房.
- 厚生労働省(2007). 仕事と生活の調和推進のための行動指針,
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/sigoto-seikatu/pdf/indicator.pdf>
- 厚生労働省 (2011). 看護職員就業状況等実態調査結果 資料 2. (p8).
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000017cjh.html>.

- 厚生労働省 (2013a). 第 3 回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会,
病床規模別病院数の割合 資料 5 , .
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002rad0-att/2r9852000002skuh.pdf> .
- 厚生労働省 (2013b). 平成 24 年衛生行政報告例 (就業医療関係者) の概況 .
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/12/>.
- 小海節美,津島ひろ江(2007).保健・看護職のキャリア発達に関する研究動向.川崎医療福祉
学会誌, 17(1), 185-193.
- Krumboltz,D.J. (1999). Planned Happenstance : Constructing Unplanned Opportunities.
Journal of Counseling and Development
- Levinson,J.D./南博訳 (1992). ライフサイクルの心理学(上). 講談社学術文庫.
- M. ブーバー./児島洋訳 (1961) .人間とは何か, (最終章 pp174-175), 理想社.
- 丸山徳次(2014).世界.木田元, 野家啓一, 村田純一, 鷺田清一(編). 縮刷版 現象学事典,
(p277), 弘文堂.
- 水野暢子, 三上れつ(2000). 臨床看護師のキャリア発達過程に関する研究. 日本看護管理学会誌, 4(1), 13-22.
- 森岡清美(1998).新社会学辞典,有斐閣.
- 中島義明, 安藤清志, 子安増生, 坂野雄二, 繁榎算男, 立花政夫 (2005) .心理学辞典, (p271-272), 有斐閣.
- 中村由子(2010) .配置転換による中堅看護師の「一皮むけた経験」.日本看護管理学会誌, 33(1),
81-92.
- 日本看護協会広報部(2007). 2006 年病院における看護職員需給状況調査 結果概要, p3-26,
[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/1c540a01c817e25149257268000d9db9/\\$FILE/20070119kango4.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/1c540a01c817e25149257268000d9db9/$FILE/20070119kango4.pdf)
- 西村ユミ(2016).看護実践の語り 言葉にならない営みを言葉にする 第1章「〈見えてくる〉という実践. (pp21-44), 終章「語りが生み出す普遍」1 看護師のまなざしー〈見えてくる〉が生まれる, (pp173-183), 新曜社.
- 野家啓一(2016).哲学者・木村敏から学んだこと, (pp30-40), In 現代思想 木村敏臨床哲学
のゆぐえ, 青土社.
- 小笠原恵子(2007). 認定看護師のキャリア形成における転機のプロセスーニュートラル

- ゾーンに焦点を当ててー.高知医療センター医学雑誌, 2(1), 21-23.
- 岡田昌毅(2013). *働くひとの心理学*.ナカニシヤ出版.
- 小山田恭子(2007). 中堅看護師の能力開発における「ナラティブを用いた内省プログラム」の構築に関する基礎研究. 日本看護管理学会誌, 11(1), 13-19.
- Persons,F. (1909). *Choosing a Vocation*.Boston New York Houghton Mifflin Co.
- Ricoeur,P. (1965). /久米博訳 (1982). *フロイトを読むー解釈学試論*, 新曜社.
- 労働政策研究・研修機構 (2007). *キャリア・インサイト MC(ミッドキャリア)*. 労働政策研究・研修機構.
- 労働政策研究・研修機構(2013). *職業レディネス・テスト 第3版*, 労働政策研究・研修機構.
- 佐藤紀子, 牛田貴子, 内藤理英, 出口昌子, 土佐千栄子(2007). 「キャリア中期看護師の臨床実践力測定尺度 ver 3」作成の試み. 日本看護管理学会誌, 10(2), 32-39.
- 里光やよい, 今野葉月, 須釜なつみ, 市塚京子, 佐藤淳子, 鈴木照実, 古橋 洋子(2009). 臨床看護師の成長に影響を及ぼしたもの 中堅看護師グループインタビューより. 自治医科大学看護学ジャーナル, 6, 131-143.
- Savickas,L.M. (2005). The theory and practice of career construction. In S. D. Brown & R. W. Lent(Eds.), *Career development and counseling : Putting theory and research to work*. Hoboken. NJ: John Wiley&Sons.
- Schein,H.E. (1978). *Career Dynamics Matching Individual and Organizational Need*. / 二村敏子, 三善勝代, 訳(1991). *キャリア・ダイナミクス*, 白桃書房, 東京, 42-50.
- Schlossberg ,N.K./武田圭太,立野了嗣 (2000) .「選職社会」転機を活かせー自己分析手法と転機成功事例 33.日本マンパワー出版.
- 仙崎武 (2001). わが国の進路指導及び相談研究への D.E.スーパの貢献. 文教大学教育研究所紀要(10), 63-67.
- Smith,A.J.,Flower,P.,LarkinM.(2013). *Interpretative phenomenological Analysis theory ,Method and Research*. SAGE.
- Smith , A.J., OsbornM. (2003). *Interpretative Phenomenological Analysis*, , In : Smith , J. A. (Ed) : *Qualitative Psychology A Practical Guide to Reserch Methods*, . SAGE Publications.

- Smith ,A.J., Osborn M. (2008). Interpretative Phenomenological Analysis, in J.A.Smith, R.Harre, and L.Van Langenhove(eds) Rethinking Methods in Psychology. . LONDON: SAGE.
- Sovie ,D.M. (1982). Fostering professional nursing career in hospitals ; The role of staff development,part1. The Journal of Nursing Administration, 12(12), 5-10.
- Sovie ,D.M. (1983). Fostering professional nursing career in hospitals ; The role of staff development,part2. Journal of Nursing Administration, 13(1), 30-33.
- 杉本隆久(2010).入ることと始めることー哲学入門と哲学再開ー, *KAWADE 道の手帳* メルロ＝ポンティ(p2-14),河出書房.
- Super,E.D., (1957). /日本職業指導学会誌(1960).*職業生活の心理学*, 誠信書房.
- Super,E.D., Bohn,J.M. (1970)./藤本喜八, 大沢武志訳(1973).*企業の行動科学 6 職業の心理*, (p208-218), ダイヤモンド社.
- 鈴木美和(2001).看護職者の職業経験に関する研究.看護教育学研究, 10(1), pp43-56.
- 鈴木竜太 (2001). キャリア・ドリフト序論説. 経営と情報, 14(1), 7-18.
- 竹市明弘(2014).現存在. 木田元, 野家啓一, 村田純一, 鷲田清一 (編). *縮刷版 現象学事典*, (p140), 弘文堂.
- 竹村和久(1996).*意思決定の心理 その過程の探求*, (p185), 福村出版.
- 谷口智彦(2008).一皮むけた経験におけるリフレクシヴ・インタビューの考察：ミドルにおける対話からの学修の可能性. *Works Review*, 3,130-143.
- 塚本友栄,舟島なをみ(2008).就職後早期に退職した新人看護師の経験に関する研究.看護教育学研究,17(1),22-35.
- 都築学,白井利明編(2007).*時間的展望研究ガイドブック*, (pp227-248), ナカニシヤ出版.
- 卯川久美, 細田泰子, 星和美 (2010). 専門・関心領域を明確にしている中堅看護師のキャリアデザインとその環境要因. 大阪府立大学看護学部紀要, 17(1), 1-12.
- Van Maanen ,J. (1977). Organizational careers: Some new perspectives. New York: John Wiley & Sons.
- Van Maanen , J., Schein H.E. (1977). Career Development.In Hackman, J.R., Suttle, J.L. (Eds) , *Improving life at work : Behavioral science approaches to organizational change*. Glenview. Scott, Foresman.

渡辺三枝子(2011).新版キャリアの心理学, (p1), ナカニシヤ出版.

Willig ,C／上淵寿, 大家まゆみ, 小松孝至, 訳. (2003). 心理学のための質的研究方法入門.
培風館.

Windelband , W. (1980). History and Natural Science, History and Theory. 19(2), 165-
185.

吉田祐子, 吉村貞子, 青柳道子, 岩本幹子 (2011). 中堅看護師が経験した病院内異動の実態
ーキャリア試行期と確立期の2事例の検討ー. 看護総合研究会誌, 13(2), 27-37.

表1 研究参加者の概要

参加者	B	C	D	E	F	G	H	J
性別	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	男性
経験年数	14年	19年	15年	14年	12年	12年	15年	16年
病院の地域	都市部	都市部	都市部	都市部	都市部	都市部	遠隔地	遠隔地
病院異動の有無	なし	あり	なし	なし	あり	なし	なし	あり
主な就業状況と期間 (数字は就業や休暇の順)	①外科 約4年 ②育休 1年半 ③外来 約7年 ③ICU 数ヶ月 ④手術室 数ヶ月 ⑤育休 1年半 ⑥緩和ケア 数ヶ月 ⑦育休 1年半 ⑧手術室 1年	①他病院 約4年 ②腎臓系内科 約2年 ③呼吸器内科 5年 ④緩和ケア 約5年 ⑤内科系 約2年 ⑥整形外科 異動直後	①外科 4年 ②一般内科 約2年 ③呼吸器科 約5年 ④整形外科 異動直後	①消化器外科 4年 ②泌尿器外科 4年 ③整形外科 約1年 ④育休 1年半 ⑤循環器内科 約1年 ⑥外来 異動直後	①循環器系 4-5年 ②他施設 1年 ③外科 6年	①呼吸器内科 約4年 ②混合内科 (救急含む) 約1年半 ③外科 約7年	①外科 3年 ②育休 1年 ③ICU(育休1年含む) 7-8年 ⑤混合科 3年	①手術室 約5年 ②ICU 6年 ③手術室 (他病院) 3年
部署/施設異動回数	5回	5回	3回	4回	2回	2回	2回	2回
インタビュ内室に現れた部署内役割等	なし	なし	プリセプター チームリーダー	なし	記録委員 チームリーダー 学生指導者 ストームチーム活動	教育委員 プリセプター 学生指導者 安全リンク	学生指導者 教育委員 主任	プリセプター
既婚/未婚	既婚	未婚	既婚	既婚	未婚	未婚	既婚	既婚
子どもの有無(人数)	あり(3人)	なし	なし	あり(2人)	なし	なし	あり(2人)	あり(1人)
勤務形態	常勤→3人目の育休明け後から時間短縮勤務	常勤	常勤	常勤→2人目の育休明けから時間短縮勤務	常勤	常勤	常勤	常勤

表2 インタビュー実施状況

参加者	B	C	D	E	F	G	H	J
IN回数	2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回
IN実施場所	院内	院内	院内	院内	院内	院内	院内	院内
IN 時期	1回目	2016年2月	2016年3月	2016年4月	2016年5月	2016年5月	2016年10月	2016年12月
	2回目	2016年4月	2016年6月	2016年7月	2016年8月	2016年9月	2016年11月	2017年1月
IN 時間帯	1回目	10:00～11:07 勤務前	10:40～11:45 夜勤明	13:18～14:20 勤務時間内	9:50～11:00 夜勤明	10:16～11:30 夜勤明	17:02～18:40 日勤後	16:02～18:39 日勤後
	2回目	12:03～13:15 勤務時間内	10:02～12:05 夜勤明	13:10～14:25 勤務時間内	10:10～12:23 夜勤明	10:00～12:58 夜勤明	16:07～17:40 日勤後	16:00～19:18 日勤後
IN 時間	1回目	67分	65分	62分	70分	74分	98分	157分
	2回目	72分	123分	75分	133分	178分	93分	198分
文字数	1回目	18,244	23,392	20,587	21,671	21,464	29,738	26,993
	2回目	5,410	10,962	8,504	12,612	14,904	10,062	26,899
合計文字数	23,654	34,354	31,155	29,091	34,283	36,368	39,800	53,892

IN:インタビュー

表3 キャリア中期にある看護師のストーリーとしてのキャリアの共通性

Masterテーマ	Super-ordinateテーマ
1. 看護専門職者となった自分の患者に対する責務に気づく	1-1)自分が患者に「このくらい」責任を持っていることに「目が覚めた」 1-2)「患者さんのために」医師と対等に看護師の「見方」で看護するんだ
2. 職業としての自分なりの価値を感じられるからこそ看護師を続ける	2-1)患者や家族から生きようとする力を「実感」できるから頑張れる 2-2)患者への「思い」が強くなっている自分を感じられるからこそ興味深い
3. 自分なりの看護実践がつくりあげられていく	3-1)患者や家族に対し「前はそこまで思わなかった」ような考え方で関われる 3-2)「どんな時でも自分のこのケア」ができるようになってくる
4. 自分の経験から看護師として実践していく場を自分に問われてくる	4-1)自分が決めた関心領域を追い続けるためにどうするのか 4-2)「自分の強み」をどのように生かすことができるのか 4-3)病院で看護実践者として継続していくために自分は何を選択すればいいのか
5. 試行錯誤しながら遂行したチーム内の役割を自分でも認められるようになる	5-1)自分から関わることでチームの「目標達成」過程への成果を感じられる 5-2)「自分の経験も」生かした後輩指導に納得がいく
6. ライフイベントで変化している私生活と職業生活を自分らしくコントロールする	6-1)自分の「タイプ」に合った時間の分け方をつくりあげる 6-2)今は「あえて」こちらの役割を優先する働き方に「決めた」

研究協力依頼書

●●●の候、皆様には益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。私は、武蔵野大学大学院看護学研究科博士後期課程に在籍し、「解釈的現象学的分析からみた中規模病院に就業するキャリア中期にある看護師のストーリーとしてのキャリア」の研究に取り組んでおります。この度は、大変恐縮ではございますが、研究協力をご承諾いただきたくお願い申し上げます。

記

長期にわたり看護師として職業生活を送る上では様々な節目があります。それは、病院の移動、部署異動、進学のための休職、産休、育休、病欠など個人によって異なり、キャリア中期になると多くの看護師が何らかの節目を経ているものです。他学問領域では既に、キャリアをストーリーの視点から捉えて研究されていますが、看護師のキャリア研究は、発達ステージとしてのキャリアの視点から取り組まれてきました。そこで、私は、キャリア中期にある看護師のキャリアをストーリーの視点から取り組んでおります。この研究の目的は、地域の中規模病院に勤務し職業を継続するキャリア中期にある看護師のストーリーとしてのキャリアを解釈的現象学的分析により明らかにすることです。本研究の成果は、病院内で役職等には就いていなくても多様な役割を果たすキャリア中期にある看護師のキャリアの意味づけを通して、看護師の職業生活を理解することにつながります。

この度、武蔵野大学看護学部研究倫理審査委員会の承認を経まして、下記の条件に該当する貴院の看護師の皆様インタビューへのご協力をお願いしたく存じます。参加者を募るために、院内掲示板に研究協力へのお願いの掲示や看護師長を介して同意説明文書の配布を行い、ご協力の意思をお示しいただける方には、直接、研究者の連絡先に連絡いただくようにします。インタビューに際し、参加者の方のご希望に添った場合、貴院の施設内で行う場合もございます。

研究参加者の条件（以下の1から5の全てを満たす方）

1. 看護師課程3年(大学、短大、看護専門学校いずれでも可)を修了し、その直後に看護師免許を取得し、施設間異動を含め、200床以上の総合病院で就業を開始している。
2. 病院における就業経験が、継続して10年以上15年未満の看護師で45歳まで。但し、以下の状況に該当する場合は継続とみなします。
 - ・産前産後休業、育児休業、介護休業、病欠（全て就業規則に規定された期間）
 - ・進学のための休職制度に基づく中断がある
 - ・1施設の勤務年数が3年以上であり、施設を異動した際の未就業期間が1年未満
3. 病院内の勤務部署は問わないが、パートタイムではなく常勤として勤務を継続している。
4. これまで看護部長、看護師長、看護副師長（主任または係長）の役職に就かず、認定看護師、専門看護師の資格を持っていない。
5. 研究参加に承諾が得られる。

なお、インタビューは、約60分から90分ですが、その後、分析結果の確認の面接を研究参加者の違和感が生じない結果となるまで行います。最初のインタビューでお時間が足りない場合は延長に応じます。研究参加者の匿名性、参加への自己決定の権利を保証し、不利益が生じないようにいたします。研究結果は、匿名性をご確認いただいた上、看護系学会および看護系雑誌で発表する予定です。ご多忙のところ大変恐縮ではございますが、研究の趣旨をご理解いただき、ご協力いただきますようお願い申し上げます。また、研究結果をご希望の方は、研究担当者までお知らせ下さい。

武蔵野大学看護学部研究倫理委員会 倫理審査承認番号 2609-1

研究内容についての連絡先 〒202-8585 東京都西東京市 1-1-20

研究担当者:大井千鶴(武蔵野大学大学院看護学研究科 博士後期課程)

TEL 090-●●●●-●●●●(携帯) E-mail ●●●●@musashino-u.ac.jp

指導教員 :香春知永

E-mail ●●●●@musashino-u.ac.jp

研究倫理審査についての連絡先 202-8585 東京都西東京市 1-1-20 武蔵野大学学部事務室

TEL 042-●●●●-●●●●(受付時間:平日 9時~17時)

承諾書

当院は、「解釈的現象学的分析からみた中規模病院に就業するキャリア中期にある看護師のストーリーとしてのキャリア」に関する研究の趣旨を受け、以下の内容について承諾します。

- ☐ 院内掲示版への「研究協力へのお願い」のポスター掲示（約2ヶ月）
- ☐ 看護管理責任者が、参加者の条件に該当すると思われる看護師として、経験年数10年から15年未満、かつ、常勤で役職に就いていない方・認定看護師・専門看護師でない方を選定し、各部署の看護師長に封入済みの「同意説明文書」とその方の氏名を配布
- ☐ 各部署の看護師長が、封入済みの「同意説明文書」を該当者に配布
- ☐ 参加者の意思を示した看護師へのインタビューの実施と研究データへの使用
- ☐ インタビュー実施時、参加者の希望があった場合には、院内の設備の使用

平成27年 月 日

氏名（署名）_____

研究協力の承諾に際し、以下の枚数に協力可能ですので郵送して下さい。

- ・ 院内掲示版に掲示する「研究協力へのお願い」のポスター _____ 枚
- ・ 該当者と思われる看護師に配布する「同意説明文書」 _____ 枚

送付先住所および受取人

住所 _____

受取人部署・氏名 _____

承諾書

当院は、「解釈的現象学的分析からみた中規模病院に就業するキャリア中期にある看護師のストーリーとしてのキャリア」に関する研究の趣旨を受け、以下の内容について承諾します。

- ☐ 院内掲示版への「研究協力をお願い」のポスター掲示（約 2 ヶ月）
- ☐ 看護管理責任者が、参加者の条件に該当すると思われる看護師として、経験年数 10 年から 15 年未満、かつ、常勤で役職に就いていない方・認定看護師・専門看護師でない方を選定し、各部署の看護師長に封入済みの「同意説明文書」とその方の氏名を配布
- ☐ 各部署の看護師長が、封入済みの「同意説明文書」を該当者に配布
- ☐ 参加者の意思を示した看護師へのインタビューの実施と研究データへの使用
- ☐ インタビュー実施時、参加者の希望があった場合には、院内の設備の使用

平成 27 年 月 日

氏名（署名）_____

研究協力の承諾に際し、以下の枚数に協力可能ですので郵送して下さい。

- ・ 院内掲示版に掲示する「研究協力へのお願い」のポスター _____ 枚
- ・ 該当者と思われる看護師に配布する「同意説明文書」 _____ 枚

送付先住所および受取人

住所 _____

受取人部署・氏名 _____

研究協力をお願い

◆テーマ／解釈的現象学的分析からみた中規模病院に就業するキャリア中期にある
看護師のストーリーとしてのキャリア

◆協力者の条件／①～⑤全てを満たす方

①看護師課程3年（大学、短大、看護専門学校いずれでもよい）を修了した後、その直後に看護師免許を取得し、施設間移動を含め200床以上の総合病院で就業を開始している。

②病院における就業経験が、継続して10年以上15年未満で45歳までの看護師。

*以下の状況は継続です。

- ・産前産後休業、育児休業、介護休業、病欠（全て就業規則の規定期間）による中断。
- ・進学のための休職制度にもとづく中断。
- ・1施設の勤務年数が3年以上で、施設から施設の異動時の未就業期間が1年未満。

③パートタイムではなく常勤で継続している（病院内の勤務部署は問わない）。

④これまで、看護部長、看護師長、看護副師長（主任/係長）の役職に就いておらず認定看護師や専門看護師の資格を持っていない。

⑤研究への同意が得られる。

◆研究方法／インタビュー（ICレコーダーで録音）場所は参加者のご希望に添います。
必要な面接時間は、約60分から90分（足りない場合延長に応じます）。

お話いただいた内容の分析結果を確認していただくために、別途、約30分の面接があります。

◆倫理的配慮／自己決定・匿名性保護・不利益の排除を保証します。

- ・ご参加いただくと、これまでの自分の職業生活の意味が理解できる可能性があります。
- ・協力承諾後、途中辞退、終了後辞退も可能です。
- ・個人が識別されないようデータを処理・管理します。
- ・研究協力への意思表示は、直接研究者にするため、上司の仲介はありません。
（個々の面接結果、分析結果についても同様）

★ご参加いただいた方には、3,000円相当の茶菓のお礼をいたします。

★研究への参加をご希望の方は、「同意説明文」にて詳細を説明しますので、下記までご連絡下さい。

◆連絡先／研究担当者：大井千鶴（武蔵野大学大学院看護学研究科 博士後期課程）

E-mail：●●●●@musashino-u.ac.jp

指導教員：武蔵野大学大学院看護学研究科 教授 香春知永

同意説明文書

研究にご参加いただく看護師の皆さまへ

研究テーマ:

「解釈的現象学的分析からみた中規模病院に就業するキャリア中期にある看護師のストーリーとしてのキャリア」

これから、この研究の内容について研究担当者である大井千鶴が説明いたします。説明文書をお読みに
なり、説明を聞かれた後、十分にお考えいただきこの研究にご参加いただけるかどうか、ご自身の自由な意
思で決めてください。ご参加されない場合でも、上司の方に参加しなかった事実が漏れることはありません
ので、今後の看護業務の遂行に不利益は起こりません。また、不明な点があれば、どんなことでもお気軽に
質問してください。

1. 研究の目的と意義

この研究は、地域の中規模病院に勤務し職業を継続するキャリア中期にある看護師のストーリーと
してのキャリアを解釈的現象学的分析によって明らかにします。このことが明らかになると、キャ
リアとして意味づけられたことを通して、役職に着かず病院で働き続けるキャリア中期にある看護
師自身が自己の職業生活を理解でき、また、キャリア初期の看護師の今後の職業生活のイメージに
も貢献し、看護管理者や同僚がキャリア中期の看護師を理解することにもつながります。

2. 研究方法

- 1) 研究デザイン: 質的記述的研究
- 2) 研究参加者数: 10 名から 12 名
- 3) 研究参加者の条件: (1)から(5)をすべて満たす方
 - (1)看護師課程 3 年 (大学、短期大学、専門学校いずれでもよい) を修了し、その直後に看護師免
許を取得しており施設間異動を含め、200 床以上の総合病院で働き続けている。
 - (2)病院における就業経験が、継続して 10 年以上 15 年未満の看護師で 45 歳まで。但し、以下の
状況に該当する場合は継続とみなします。
 - ・産前産後休業、育児休業、介護休業、病欠 (全て就業規則の規定期間) による中断がある。
 - ・進学のための休職制度に基づく中断がある。
 - ・1 施設の勤務年数が 3 年以上であり、施設を移動した際の未就業期間が 1 年未満である。
 - (3)病院内の勤務部署は問わないが、パートタイムではなく常勤として勤務を継続している。
 - (4)これまで看護部長、看護師長、看護副師長 (主任または係長) の役職、認定看護師、専門看護
師の役割に就いていない。
 - (5)研究参加に承諾が得られる。
- 4) データ収集:

同意書にて承諾が得られた後、インタビューガイドを用いた半構成面接法によるインタビュー
(約 60 分から 90 分) を行い、その後、分析結果の確認の面接を参加者の方が違和感を生じな
い結果となるまで行います。最初のインタビューでお時間が足りない場合は延長に応じます。
インタビュー内容は、IC レコーダーにより録音させていただきます。日時は参加者と研究者で
調整し、場所は参加者の方の希望に沿い、プライバシーが保たれる所で行います。

以上のようなデータ収集となりますので、録音への同意が得られない場合は、研究への参加
は辞退となります。
- 5) データ分析: 解釈的現象学的分析を行います。

3. この研究の予想される結果と、起こるかもしれない不利益について

この研究にご参加いただくと、インタビューは、勤務時間外の時間を使っていただくことになります。インタビューでお伺いする内容は、別紙（資料 6）にあるインタビューガイドに記載してあります。看護師になって働き始めてから、これまでの職業生活で看護師として節目だと思った時のことをお尋ねしますが、インタビューを通して、自分が歩んできたキャリアが語られることになりますので、これまでの職業生活を意味づけ、これから先のことを考えるきっかけが得られる可能性があります。しかし、研究者にはお話ししたくないことがあるかもしれません。その様な場合は、無理にお話していただくなくても構いません。しかし、お話するつもりがなかったのに話しの流れで話してしまった、ということもあるかもしれません。後から話したくなかったことを話してしまい、それをデータにしてほしくないという気持ちになった場合には、削除することができます。

4. 研究への参加とその辞退について

研究への参加意思を辞退したい場合は、参加途中や参加の後、電子メールもしくは同意時にお渡しした同意辞退書の返送により希望を伝えることができます。連絡の方法は、あなたが良いと思う方法を選んでいただいても構いません。いずれの連絡方法でも、いただいた辞退の意思を確認したという返信を電子メールでさせていただきます。

5. プライバシーの保護について

この研究ではインタビューを行います。その内容を IC レコーダーに録音させていただきます。その後、コンピューターを使用して電子データとして保存しますが、ID 番号化すること、文脈上表された個人名を伏せ字にすることにより個人の特定から保護されます。参加者の辞退に対応できるようにするため、ID 番号化したデータと個人を識別する番号の対応表を紙媒体で作成しますが、この紙媒体は研究室の鍵のかかる場所に保管し、持ち出しません。また、コンピューター使用時は、ウイルス感染防止のため、インターネット回線への接続はしない状況で行います。電子媒体にデータを保存する場合は、パスワードを設定し、必要時以外は研究室から持ち出しません。論文発表後には電子データは破棄させていただきます。また、分析結果を提示する際、研究参加者の方にプライバシー、匿名性が保たれているかを確認してもらいます。さらに、研究結果は、学会発表や論文での報告に使用しますが、あなたご自身のプライバシーに関することは全て秘密を厳守いたします。氏名や個人を識別してしまうような情報は、上記の報告において、一切使用しません。

6. 謝礼について

心ばかりですがインタビューへのお礼として 3,000 円相当の茶菓をお渡しいたします。

7. 研究結果の希望について

本研究成果をご希望の方は、論文完成後、郵送いたします。

8. 研究担当者への連絡先

この研究のことで何かわからないことや心配なことがありましたら、いつでも、下記に記載されている研究担当者までお尋ねください。

武蔵野大学看護学部研究倫理審査委員会 倫理審査承認番号 2609-1

研究内容についての連絡先 〒202-8585 東京都西東京市 1-1-20

研究担当者: 大井千鶴(武蔵野大学大学院看護学研究科 博士後期課程 2 年)

TEL 090-●●●●-●●●●(携帯)

E-mail ●●●●@musashino-u.ac.jp

指導教員 : 香春知永(武蔵野大学大学院看護学研究科 教授)

E-mail ●●●●@musashino-u.ac.jp

研究倫理審査についての連絡先 〒202-8585 東京都西東京市 1-1-20

武蔵野大学学部事務室

TEL 042-●●●●-●●●●(受付時間: 平日 9 時～17 時)

インタビューガイド

問 1. ○○さんはこれまで看護師として何年間勤務してきましたか。

問 2. 就職してから現在に至るまで、○○さんにとって職業上大切な何かを選択することになった節目（選択する事を自ら決めた、もしくは、選択してしまう事になったこと）があった時期を矢印で記入して下さい。

就職時

現在

問 3. その節目（選択する事を自ら決めた、もしくは、選択してしまう事になったこと）では何を選択したことになりましたか。

問 4. それを選択することによって、何かが変化したり、影響を受けましたか。

問 5. 今、その時のことを振り返り、どうしてその様な選択をしたと考えますか。

問 6. そのような考えでやってきた職業経験は、今のあなたの職業生活においてどの様な意味がありましたか。

問 7. その意味は、○○さんのこれからの将来に向けてどの様に職業生活を過ごしていけると考えますか。

問 8. 他の節目（選択する事を自ら決めた、もしくは、選択してしまう事になったこと）では何を選択したことになりましたか。

問 9. それを選択することによって、何かが変化したり、影響を受けましたか。

問 10. 今、その時のことを振り返り、どうしてその様な選択をしたと考えますか。

問 11. そのような考えでやってきた職業経験は、今のあなたの職業生活においてどの様な意味がありましたか。

問 12. その意味は、○○さんのこれからの将来に向けてどの様に職業生活を過ごしていけると考えますか。

研究への参加についての同意書

わたしは、「解釈的現象学的分析からみた中規模病院に就業するキャリア中期にある看護師のストーリーとしてのキャリア」に関する研究について、以下の事項の説明を受けました。

- ☐ 研究の意義および目的
- ☐ 研究の方法
- ☐ 研究期間
- ☐ 研究を実施する研究者
- ☐ 研究により期待される利益
- ☐ 研究参加に伴う危険または不快な状態
- ☐ データの保存および使用方法ならびに保管期間
- ☐ 個人情報の取り扱い（参加者のプライバシーの保護に最大限配慮すること）
- ☐ 研究への参加の任意性（研究の開始前・開始後に関わらず同意をいつでも辞退でき、辞退しても何ら不利益を受けないこと）
- ☐ 研究結果の公表
- ☐ 問い合わせ連絡先

これらの事項について確認したうえで、この研究に参加することに同意します。
論文完成後、本研究の結果をご希望の方は、右欄にチェックして下さい。 ☐

平成 26 年 月 日

参加者署名

連絡先

本研究に関する説明を行い、自由意思による同意が得られたことを確認します。

説明担当者 武蔵野大学大学院看護学研究科 博士後期課程 2 年 大井千鶴

同 意 辞 退 書

わたしは、「解釈的現象学的分析からみた中規模病院に就業するキャリア中期にある看護師のストーリーとしてのキャリア」への参加に同意し、同意書に署名しましたが、辞退いたします。

平成 年 月 日

氏 名 _____

これらの事項について確認したうえで、この研究に参加することに同意します。